العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان

العلاج النفسي للأسرى
وضحايا العدوان

العلاج النفسي للأسرى
وضحايا العدوان

العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان

تأليف

الدكتور محمد أحمد النابلسي

الأمين العام للاتحاد العربي لعلم النفس

طرابلس ـ لبنان ـ شارع عزمي ـ بناية قاديشا

P.O.Box: 3062 - Tal

تلفون: 961-6-441805

فاكس: 961-6-438925

E. mail: ceps 50 @ hot mail. com.

الطبعة الاولى

يناير 2001

المقدمـــــــة

تتلاحق الكوارث العربية منذ بداية القرن العشرين وتتتابع مع بداية القرن الواحد والعشرين وفق وتيرة تنبئ باستمرارية آليات تفجير هذه الكوارث الاصطناعية، حتى يبدو عالمنا العربي وكأنه حقل ألغام قابل للتفجير عند الحاجة. والحاجة هنا تعني توازنات المصالح التي فشلنا في حجز مكان لنا في ناديها. ومع ذلك فإن المرحلة المقبلة شديدة الحساسية بالنسبة لمستقبل المصالح العربية. وبالتالي لإمكانيات توظيفها لتعطيل آليات تفجير كوارث اصطناعية جديدة في بلادنا.

ومهما يكن هذا المستقبل فإن مجتمعنا العربي تحول خلال القرن الماضي الى مجتمع كوارث وحروب.. وباتت اعداد ضحايا هذه الكوارث والمصدومين بسببها غير قابلة للتجاهل. فضحية الصدمة تتحول الى الشلل الاجتماعي وتصبح عالة على المجتمع لفقدانها لفعاليتها، او بسبب انخفاض هذه الفعالية. كما ان التدرج التاريخي لكوارثنا (١٩٤٨ و١٩٥٦ و١٩٦٧ وبقية جولات الصراع العربي - الاسرائيلي ومن ثم حربي الخليج الاولى والثانية والنزاعات الأهلية في اليمن ولبنان والسودان والجزائر... الخ). يبرر السؤال عن مصير هذه الصدمات؟ وعن اشكالها المزمنة وعن انعكاساتها على الصعد الاجتماعية والنفسية والصحية. كما عن تكلفة هذه الانعكاسات الظاهرة والمقنعة؟.

والأجوبة على هذه الاسئلة لا تستوجب العلاج والوقاية والدراسة ونشر الوعي الصحي والاجتماعي والسياسي فقط، فهي تحتاج إلى أدوات تشخيص وأساليب وقاية وعلاج تراعي الظروف الموضوعية للبيئة العربية ولنظمها الرمزية الموجهة لأساليب الفرد في مواجهة الكوارث والأحداث الصدمية والتفاعل معها والمحاولات الفردية لتجاوزها وهضم آثارها المرضية.

وفي هذا الإطار نجد أننا نفتقد لاستراتيجية عربية مدروسة ومُعَدَّة لمواجهة كوارثنا وعلاج أثارها. وخصوصاً لجهة إعادة تأهيل الأُسرى. وهي مشكلة من المشاكل المطروحة في العيادة اللبنانية عقب الانسحاب الاسرائيلي من لبنان وترافقه مع تحرير بعض الأُسرى اللبنانيين بانتظار تحرير الباقين منهم!.

لهذه الأسباب مجتمعة وجدنا ان هذا الكتاب قد يكون مفتاحاً للإجابة على بعض الاسئلة المثارة اعلاه، مع إمكانية إثارته للحوار حول المواضيع التي يطرحها. ولا يهمنا هنا ان يوافقنا الزملاء في ما ذهبنا اليه من طروحات واقتراحات وما سجلناه من مشاهدات فحسبنا اننا نثير هذه الاسئلة ونعلن عن حاجات الاسرى والمصدومين العرب، وعن ضرورات الوقاية والتدريب على مواجهة كوارث قادمة محتملة.

في هذا الكتاب نبدأ بعرض يوميات الاسرى في المعتقلات الاسرائيلية يليها عرض لتقنيات التعذيب الاسرائيلية ومن ثم لدور الطب النفسي في مواجهة العدوان الاسرائيلي. ثم نعرض لموضوع «الحرب والصدمة النفسية» في الفصل الثاني. وفيه نطرح اشكاليات التشخيص وعقبات اعتماد التصنيفات العالمية بدون مراجعة وتقنين بما يناسب شروط البيئة الصدمية العربية.

اما الفصل الثالث فقد خصصناه لدراسة عصاب الوساوس المرضية بوصفه الشكل المزمن للصدمة النفسية، اذ تشير مشاهداتنا العيادية للانتشار الوبائي لهذا العصاب في المجتمعات المتعرضة لكوارث جماعية.

ونأتي الى الفصل الرابع وهو «برنامج مقترح لعلاج الاسرى اللبنانيين والعرب» فيه اقتراح نموذج علاجي لصدمة الاعتقال والأسر، حيث نجد الحاجة ملحة الى مثل هذا النموذج.

اما الفصل الخامس والأخير فهو بعنوان «تجارب عربية في علاج الصدمة» وفيه نعرض للنموذج الذي نقترحه لعلاج الحالات المرضية على الصعيدين الدوائي والعلاج ـ نفسي. كما نعرض نموذج «التعامل مع الذات» الذي اقترحه زميلنا أ.د. بشير صالح الرشيدي من خلال خبراته في العيادة الكويتية.

بعد كتاب الامراض النفسية وعلاجها ـ دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية الذي نشرت طبعته الاولى عام (١٩٨٥) وكتاب الصدمة النفسية ـ علم نفس الحروب والكوارث الذي نشرت طبعته الاولى عام (١٩٩١) ارجو ان يكون هذا الكتاب الثالث متضمناً بعض المساهمة في التخفيف من معاناة المصدومين العرب.

يبقى ان نعتذر بسبب بعض التكرار الذي استوجبه السياق. حيث ان فصول هذا الكتاب هي بحوث كان للمؤلف قد عرضها في المؤتمرات التالية: المؤتمر الدولي الخامس لعلم النفس الفيزيولوجي ـ بودابست (١٩٩٥) ومؤتمر الصحة النفسية ـ الكويت (١٩٩٤) والمؤتمر الدولي للخدمات النفسية ـ الكويت (٢٠٠٠) ومؤتمر مدخل الى علم نفس عربي ـ لبنان (١٩٩٤).

والله من وراء القصد

د. محمد احمد النابلسي

الامين العام للاتحاد العربي لعلم النفس

الفصل الاول

يوميات الأسرى في المعتقلات الاسرائيلية

في حالات الانفعال البالغ، التي تنجم عن ارهاق يتجاوز العذاب الى عتبة تفوق القدرة البشرية الاعتيادية على الاحتمال، تتحول اية محاولة للفحص النفسي الى عبثية. كون المنفعل عاجزا عن استجماع قدراته الادراكية (المعرفية) ومنها التركيز وهو القدرة الضرورية لإنتاج الإجابة على أيّ سؤال. كما ان هذه المحاولة تتصف باللاانسانية كونها لا تراعي الوضع الخاص للمنفعل. وذلك بحيث يصبح من الانساني ان نتخلى عن اية محاولة للفحص او لتحديد عناصر المعاناة. وتكتمل انسانية الفحص في هذه الحالات بان نعطي للشخص حرية التعبير عن نفسه وعن معاناته بالطريقة التي يراها مناسبة.

بهذه الطريقة نجنب المفحوص استكمال مشاعر الاضطهاد التي خبرها في محنته. وذلك عن طريق تحولنا الى الإصغاء والاستعداد لتفهّم المعاناة وتجنّب معاملة الشخص وكأنه جرذ تجربة في مختبر او سمكة في اكواريوم... الخ من المواقف المحرجة وبطبيعة الحال فان هذه الاحاديث الحرة تفيد الفاحص والتشخيص فهي تعكس الادراك الذاتي للشدائد (يوجد اختبار بهذا الاسم سنعرضهُ في هذا الفصل حيث يمكن للقارئ تطبيقه على كل حالة من حالات

الاسرى الذين سيعرضون تجاربهم في المعتقلات الاسرائيلية).

كما نجد من الضروري ان نذكر بان هذا النوع من الروايات المختصرة هو عماد العلاج على طريقة الجيشتالت. حيث يتم التركيز على المقاطع الساخنة في رواية الشخص لتجربته. ويمكن للقارئ ايضاً ان يركز على هذه النقاط من اجل استيعاب اعمق لتجارب هؤلاء الاسرى. حيث نعرض لبعض العينات في ما يلي:

١ ـ عقيل محمد ترمس (٢٧ سنة)

من بلدة طالوسة المحررة. يقول: اعتقلت عندما كنت في الـ ١٥ من عمري. وكان ذلك في العام ١٩٨٨ وبعد أن بقيت في المعتقل ثماني سنوات. تم الافراج عني عام ١٩٩٦ عبر عملية تبادل اسرى بين جنود اسرائيليين وبين رجال المقاومة. ويقول عقيل: حين اعتقلت اعتقل معي اخي (١٦ سنة) وابن عمتي (١٧ سنة). ويتابع عقيل بان هناك من يعتقد بانني احلم بالمعتقل او انني اعيش هواجس الاعتقال (وهذا معروف لدى المصدومين ـ الاسرى/ المؤلف) لكن هذا لا يحدث معي مطلقاً. فافضل عشرة ايام قضيتها في حياتي كانت ايام الحبس الانفرادي التي قضيتها بروحانية عالية. فبالرغم من سجني في زنزانة مساحتها متر ونصف بمتر وجدرانها ترشح ماء ورطوبة فقد كان سجني في اول شهر رمضان. فكنت اتسحر في اخر الليل واصوم واتعبد بروحانية واعتبرت السجن اعتكافاً وسموت بروحي فوق أسر الجسد. ولقد تعرضت خلال فترة اعتقالي لعذاب جسدي فائق. الا انني كنت احاول الابتعاد حتى لا تصاب روحي بالتعذيب. لقد كانت العصي تتكسر على اجسامنا لنتعرض بعدها للضرب بالكرباج وسكب المياه الساخنة على اجسادنا في عز الشتاء. وبعد ثلاث دقائق من سكبها يصير الجسم كلوح من الثلج ويقشعر. كل ذلك وانا معلق على عمود. رأسي الى الاسفل وقدماي الى الاعلي.

ولم أتلقّ رسالة من اهلي الا بعد ست سنوات على اعتقالي وكان ذلك

عن طريق الصليب الاحمر. وبعدها بشهرين زارني اهلي، الذين لم يعرفوني بعد ان اصبحت شاباً وتركتهم صبياً. فبكيت عند رؤيتهم وعرفتهم بنفسي وكانت مشاعر اللقاء عنيفة لا تنسى. وتقابلنا بعدها خمس مرات الى ان تم الافراج عني في العام ١٩٩٦.

٢ ـ شملكان عساف (٢٥ سنة)

ـ ضربوني وهددوني واهانوني بكلمات بذيئة فاضحة وبـ «العربي المشبرح» بقيت ٣٥ يوماً في زنزانة إفرادية، وخضعت لتحقيق طويل، كان يبدأ صباحاً لينتهي في الواحدة ليلاً أحياناً، عاملونا كأننا حيوانات، كأننا نحن القذرون وهم الشرفاء! اركعوني «ودعسوا» على يديّ، وحمّلوني الكرسي الحديد اثناء ركوعي، وغبت عن الوعي مرتين خلال التحقيق. ليال عديدة أمضيتها بالخوف، كنت أقويّ نفسي وادعو الى الله ليفكّ ضيقتي. ولا أنسى الصراخ «الرجالي، الذي كنت اسمعه ليلاً فيجعلني اتكّوم في زاوية الزنزانة، وأرتعد كفأرة مذعورة. كنت انتظر قدومهم على اعصابي، وأتساءل: متى يحين دوري لكنني علمت لاحقاً ان معاملتهم للرجال، أقسى بكثير!

في ذلك الوقت، كان في المعتقل عدد كبير من البنات الموزعات على بضع غرف. كنا ندق على الحيطان ونحاول رؤية بعضنا البعض من خلال الشقوق الصغيرة فيها، وكنت اعجب للأخريات كيف يتحدثن ويضحكن ثم ادركت ان الاعتقال قد يطول، وان عليّ التكيّف معه لأعيش، لكنني مرضت، وأدخلت مستشفى مرجعيون مرّتين، حيث علمت أنّ جرثومة اصابت كبدي مكثت هناك عشرة ايام، أعطوني خلالها ادوية كثيرة، أصبت بنتيجتها بالقلق والأرق والرجفة، وسرعة في دقات القلب ووجع في الرأس فظيع تحملت، وكنت الجأ الى شغل الخرز وتلاوة القرآن الكريم، ولا سيما في شهر رمضان المبارك الذي صمته، بالرغم من كل شيء.

وبعد ٤ أشهر على اعتقالي، قالت لي الشرطة «ضبي ثيابك» لم أصدق، لكنهم «منّوا» عليّ بالحرية، لشدة مرضي وضعف مناعتي وحاجتي الى الدم، ولخشيتهم من موتي في المعتقل، والا لما اطلقوا سراحي!.

النصر اسعدني جداً.. بكيت كثيراً، وكلما اتصلت بي محررة للتهنئة. كنا نبكي معاً، من الفرحة فقط ام المعاناة مشتركة، ذكراها مُرّة لا اعرف!.. شملكان مهددة اليوم باستئصال طحالها، إذا لم ينفع معها العلاج!.

٣ ـ سميرة عطية (٢٧ سنة)

سميرة عطية، ٢٧ سنة اعتقلت ٢١ يوماً، وتعمل في «بوتيك» روت تجربتها في الأسر، قائلة:

ذلك الصباح أفقت على صوت سيارة اعرفه جيداً، قلت لأُختي: هذه «مخابراتهم» الله يستر أتوا بالفعل، فتشوا البيت، فوجدوا آلتي تصوير في الخزانة. أخذوني «بالبيجاما والشحاطة». وفي المعتقل سألوني اسئلة كثيرة مرهقة، ثم رموني في زنزانة افرادية، لأربعة أيام خضعت اثناءها لتحقيق قاس صباحاً ومساءً. وعلى أيدي محققين مختلفين كنت اجهد لأخفي خوفي ولأبدو قوية ضربوني وهددوني واركعوني، لكن التعذيب النفسي كان اقسى. كنت اسمع اصوات الرجال احياناً، ولا أصدق انه إنسان هذا الذي يصرخ!.

وكنت اسمع ما يشبه صوت حيوان جريح، وشتائم وكلمات «زفرة وضجة، ليقول لي المحقق: «أسمعتِ ما يصيب من لا يقول الحقيقة»!.

ما تعرضت له لم يكن شيئاً. بالنسبة الى ما ذاقته اخريات، من تعذيب وبهدلة. أخبرتني معتقلة انهم وضعوا «شحاطة» في فمها: وانا، بالرغم من قوتي. انهرت حين هددوني بـ «ماكينة الكذب».. وانتظرتها اياماً على أعصابي، لكنهم لم يخضعوني لها.

قضيت ايام الاعتقال كلها دون اكل ولا نوم، نحفت وبدأت اشعر

بالوهن وفي اليوم الأخير، أرسل المحقق في طلبي. اخذت الكلبشات والكيس (او كان علينا فعل ذلك بأنفسنا)، فسألني: اليوم برد؟! أنكرت ذلك، لئلا يرميني بالماء البارد، او يضعني خارجاً، لكنه قال: إفراج فلم أصدق! وعظني وهددني بالويل اذا اشتبه بي ثانية، ثم «مضّاني على تعهد بعدم التعامل مع المشبوهين.

التحرير! إنه احلى ما حصل لنا طوال العمر، ولقد انسانا كل معاناة لكننا لا زلنا ننتظر حرية المعتقلين في السجون الاسرائيلية.

٤ ـ سوسن خنافر (٢٤ سنة)

اخذوني من بيتي في عيناتا قائلين: والدك يريد ان يراك. اول جلسة تحقيق استمرت خمس ساعات ونصف! خفت ورجفت اتهموني بـ «التعامل» مع المقاومة ومخابرات الجيش وامن الدولة، وضعوني في حبس إفرادي ٢٤ يوماً، أمضيتها بالبكاء والتفكير بأهلي وأبي المعتقل، الذي حاول تلفيق التهم لنفسه، ليطلقوا سراحي، كل ما كان يهمهم معلومات جديدة، وكنت اعصر عقلي لـ «اخبرهم ما يرضيهم ويرونه مهماً» استعملوا معي، كما مع غيري، اساليب الترهيب والترغيب.. وعبارة لا اعرف «كانت تغضبهم» عرضوا عليّ العمل معهم، فرفضت، ولم اكن اعمل لحساب المقاومة. عذبوني واركعوني واسمعوني كلاماً بذيئاً جارحاً، وفي مرة «خبطني» بعلبة لبنة، كان سكران، تفوح منه رائحة الويسكي حمّلني كرسياً حديدياً. وقال خلي الكرسي تقعد عليك هالمرة» هددني بالكهرباء.. وكان يضحك بصوت عالٍ مخيف. وضع الكهرباء على اذني ليسمعني صوتها، ثم وضعها في يدي، بعد ان صب الماء عليها ضربني على وجهي وظهري وقدمي. اشعل الكيس على رأسي بقداحته. فاحترق بعض من شعري، هددني بتعليقي بالعمود، وقال انه سيجعل اهلي جميعاً يرونني معلقة عليه، وهددني كغيره، بالاغتصاب. وضع ابي في غرفة تحقيق محاذية لغرفتي سمعت صوته عالياً. فرحت اناديه. وسمعت صراخ رجل يعذبونه. خفت بأن

يكون ابي، فانهارت أعصابي وتعبت. اخذوني الى جدار رميش حيث ضابط اسرائيلي، اسمه ابو اللهب، او ابو عرب، لا اعرف، حقق معي لمدة ساعة ونصف، في جو نفسي فظيع. «لقد تفاجأت بجرأتي، ما خفت، يمكن تحدي». اخذني الى هناك شقيق عقل هاشم ويدعى يوسف وطلب مني العمل معهم.

كنت ابكي حتى اغفو. راودتني كوابيس كثيرة.. كان الحلم بشعاً. وكان الواقع بشعاً، وكنت بين الاثنين انهار! وانعكس ذلك على صحتي «فطفشت» في جسمي حبوب تقيحت نقلوني الى المستشفى مرتين، لبضعة ايام كل مرة، وفي المرة الثانية خرجت قبل التحرير بيوم واحد، وقد اخبرني ممرض بان الاسرائيليين انسحبوا من عيناتا، ومن اربع قرى اخرى، «جنيت» من الفرح، وفي المعتقل اخبرت البنات، ففرحن كثيراً.

٥ ـ حسين حمود (٢٥ سنة)

يروي حسين تجربته فيقول: انا من كفركلا ودخلت معتقل الخيام وعمري ١٧ سنة و٧ اشهر و١٢ يوما وخرجت منه بعد سبع سنوات ١٩٩١ - ١٩٩٨) كانوا يغطون رأسي بكيس اسود عند الانتقال من زنزانة الى اخرى او الى حجرة التحقيق. ولهذا الكيس بشاعته فهو لم يغسل وتراكمت فيه روائح العرق وآثار القيء وبقايا تعذيب الذين لبسوه!! كانوا يقدمون لنا ابريقاً من ماء الشرب لكل ٤ اشخاص. وكان علينا نحن الاربعة ان نشرب منه وان نغتسل! اما الطعام فهو ايضاً قليل وسيء. بلا طعم او رائحة. انه شيء يشبه الطعام! الافطار عبارة عن رغيف خبز وقطعة جبنة ٥ سم × ٢/١ سم او بعض حبات الزيتون واحياناً يتم تبديل الجبن ببيضة والعشاء مثل الافطار. اما الغداء فهو عبارة عن يخنى البطاطا وبازيلا او فاصوليا او خضار. وبالطبع بدون لحوم. ويقول حسين انه تسلى مرة بتعداد ما يحتويه صحن غذائه فوجد فيه ١٣ حبة بازيلا واربعة مكعبات بطاطا تسبح في قليل من الماء! لذلك كان حسين ورفاقه يلجأون الى ربط بطونهم

بالمناشف حتى تنكمش المعدة ويذهب الاحساس بالجوع. ويتابع: كان يسمح لنا بالاستحمام مرة كل ٢٠ يوماً (وذلك بعد تدخل الصليب الاحمر عقب تفشي الامراض الجلدية بين الاسرى). وكنا نذهب كل ١٥ شخصاً للاستحمام وتقطع المياه عنا بعد ٥ دقائق. فيبقى الصابون على اجسامنا مما يجلب الامراض الجلدية.

وكنت ارى في المعتقل رفاقا متعرضين لخلل عقلي بسبب الضرب على الرأس ومشاهد احرى اتمنى لو انني لم اشاهدها.

٦ ـ عباس حسن سرور (٤٠ عاماً)

من عيتا الشعب ـ قضاء بنت جبيل. تم اعتقاله في البداية مع خمسة من اخوته بعد عملية نفذتها المقاومة. وكان عدد المتورطين فيها ١٥ عنصراً قسمهم الاسرائيليون الى ثلاث مجموعات. وكان عباس من المجموعة التي تم ترحيلها الى معتقلات داخل اسرائيل. حيث قضى ثلاث عشرة سنة ١٠ منها بدون محاكمة وتم نقلة اولاً الى سجن «الجلمة» وهو لا يقل وحشية عن سجن الخيام وهو مشهور بوجود التعذيب البشع فيه. وكان ذلك في العام ١٩٨٧ وكان عمره وقتها ٢٤ عاماً (كان اباً لطفل ووضعت زوجته طفلاً بعد ١٥ يوماً على اعتقاله) وحكم عليه بالسجن ثلاث سنوات فتم نقله الى سجن الرملة باسرائيل حيث التقى هناك باخوته الثلاثة (ترك الاسرائيليون اخوين له بعد اعتقالهم). فتلاقى الاخوة بالدموع. لكنهم لن يلبثوا ان يتفرقوا من جديد. اذ اقتيد عباس الى سجن شطة واخوته الى سجن عسقلان. فطلب نقله الى السجن الذي يوجد فيه اخوته وتم نقله حيث امضى الاخوة مدة الحكم وهي ثلاث سنوات. وهنا يتابع عباس الرواية فيقول: بعد قضاء الحكم الصادر علينا كان اسحاق رابين ـ لعنة الله عليه ـ اصدر قراراً سياسياً بمنع خروج اللبنانيين من السجون الاسرائيلية بسبب وجود جثتين للجنود الاسرائيليين مع حزب الله ومجرم الحرب (رون آراد) وبقي عباس وإخوته ورفاقه في سجن الرملة بلا اي حكم لمجرد انهم رهائن لمدة

ثلاث سنوات كاملة، وأخذونا إلى المحكمة، وقالوا: انتم موقوفون ادارياً، وقدمنا شكوى لوزير الدفاع بعد ان وكّلنا محامياً دولياً كنا نعرفه يدعى «سفي ريشي»، واصبحنا نذهب للمحكمة كل ثلاثة شهور او ستة اشهر، لنسمع القاضي، وهو يردد كالأنشودة: انتم موقوفون من قبل وزارة الدفاع لمدة ستة اشهر وثلاثة اشهر للمداولة. فصارت مثل المسرحية، وفي سنة ٩٤ حررنا شكوى ضد وزير الدفاع لاحتجازنا كرهائن، وفي عام ٩٧ اصدر «اهون باراك» رئيس المحكمة العليا حكماً جاء فيه: يحق لاسرائيل ان تكون بنكا للأسرى ومن حق اسرائيل ان تحتجز رهائن مقابل اسراها. هذا القرار صدر بعد ١٠ سنوات من احتجازنا، المهم اصدرت المحكمة المركزية بتل ابيب اول افراج عنا واستأنف الحكم للمحكمة العليا. وتكرر الموقف ثلاث مرات تحكم لنا فيها المحكمة المركزية بالافراج ويأتي نقض للمحكمة العليا من المتطرفين داخل اسرائيل او المدعين انهم متضررون من الارهاب حتى اتى قرار المحكمة العليا ورفض آخر استئناف. وكان مر على دخولي المعتقل ١٣ عاما منها عشر سنوات قضيتها بلا حكم حتى خرجت في ابريل عام ٢٠٠٠.

كان مشهداً مؤثراً تناقلته شبكات الأخبار في العالم، حين اقتحم الأهالي معتقل الخيام محطمين الأقفال مهللين الله اكبر، مطلقين سراح المعتقلين داخل المخيم، احد هؤلاء الذين خرجوا فور التحرير من اهالي الجنوب. ويدعى الحاج محمد عبد الحسن ٥٠ عاماً وهو دخل المعتقل في ٩٩/٩/٢٩. يملك جراجاً كهربائياً للسيارات والحاج محمد رفض التخابر على ابناء بلدته لصالح الاسرائيليين فلفقوا له تهمة التعامل مع المقاومة، يحكي الحاج محمد عن الايام الاخيرة بالمعتقل قائلاً: كنا نتطلع الى ٧ تموز وما سيحدث لنا بعده. فكنا نخشى داخل المعتقل ان تتم مساومتنا بجيش لحد او يعبروا بنا لاسرائيل فكنا في حيرة، وكنا نسمع ان اصوات قصف اسرائيل اعتقد الان انه صوت تفجيرهم للمواقع

الاسرائيلية حين قرروا الانسحاب، وكنا نسأل الشرطة فكانوا يقولون بالكذب اسرائيل تضرب البنية التحتية في لبنان فتنهار اعصابنا. ويشتد توترنا في التفكير بالمستقبل لكن ايماننا بالله كان كبيرا. فكنا اغلب الايام في حالة صيام وعبادة داخل المعتقل. وعن نفسي قرأت رواية جرجي زيدان «تاريخ الاسلام» التي كانت قد وصلت لنا عن طريق الصليب الاحمر، ويتذكر الحاج محمد يوم خروجهم من المعتقل يوم ٢٣ مايو هذا العام فيقول يوم ٢٣ مايو هذا العام فيقول الساعة ١٢،٥ احضروا الغداء، ولم يوزعوه علينا بعد فسألنا عن الساعة لكي نصلي الظهر، وبعد اقل من ساعة سمعنا اصوات تكبير. وهو امر غريب لأن اي صوت ممنوع، فقلنا ان جيش لحد يعدم المعتقلين، اقترب صوت التكبير اكثر ونحن نترقب الموقف حتى شعرنا انه صوت الاهالي ورفاق المعتقل يهلّلون بالتكبير فهللنا معهم، واطرقوا على الاقفال، ووقت خروجنا خرجنا نهز بعضنا البعض غير مصدقين، وكان كل المسؤولين بالمعتقل قد هربوا قبل وصول الاهالي ورجال المقاومة الى المعتقل. وللحق حين خرجنا لم نجد سلاحا مشهرا في يد رجال المقاومة لانهم يحترمون انسانية شعبهم.

ستظل قصص المعتقلين وما عانوه تتناقلها الاجيال القادمة، فالتحرير للجنوب اللبناني حققه صبر وتحمل رجال آمنوا بهدفهم والتفوا حوله حتى في احلك المآسي.

٧ ـ نجوى سمحات وزوجها حسين

طيلة فترة الاعتقال كنت في شوق للاحباب في الخارج وفي الداخل ايضاً فزوجي وابني كانا معتقلين هنا، ولم يحق لي مشاهدتهما، سوى لربع ساعة في الشهر. اعتقلوهما قبلي بيومين، لم اعرف مكانهما، حتى جاؤوا بي للضغط على زوجي.

سجنوني في زنزانة افرادية لثلاثة ايام، ثم في غرفة اخرى لعشرة ايام

عذبوني وهددوني بان يأتوا بابنتي (١٣ سنة) صوبوا عليّ السلاح ليرعبوني، وجهوا اليّ كلاماً بذيئاً جداً ضربوني ورموني بالماء، هددوا باغتصابي، وهذا اكثر ما اخافني بالفعل قضيت عشرين يوماً في التحقيق والعذاب. قادوني الى داخل اسرائيل حيث حقق معي واحد يدعى «ابو شريف»، عرض عليّ العمل معهم، لقاء حرية ابني وزوجي وعندما رفضت قال: عودي الى المعتقل اذاً وسنطلق سراحك حين نشاء. أخبرت البنات بما جرى معي. وقلت لهن: إذا حدث لي مكروه، اخبروا عائلتي تعبت اعصابي، وكنت أصاب بالانهيار اكثر من مرة كل يوم. كان يرعبني بشكل خاص صوت الهاتف في غرفتهم المجاورة، وما قد يحمله من احتمالات سيئة، وكذلك صرير البوابة الحديدية، اقلقني ايضاً عدم معرفتي شيئاً عن أولادي، طيلة اربعة اشهر يئست، واعتقدت ان الاعتقال سيدوم ابد الدهر! وحين سمعنا بالانسحاب، املنا خيراً، لكنهم افزعونا. وقالوا ان بعضنا سيخرج، وينقل بعضنا الاخر الى سجون داخل اسرائيل.

اما عن الطعام فهو رديء، وبمعظمه بطاطا وفاصوليا، وسردين وزيتون، «مش مهم».. لكنهم كانوا يكثرون من إعطائنا حبوب الڤاليوم، والادوية كانت بمعظمها منتهية الصلاحية، الكورتيزون كان علاجاً مشتركاً لكل الحالات لذلك كنا نرمي ما يعطوننا اياه في الحمام.

وكان حسين سمحات (زوج نجوى) مسجوناً في زنزانة قريبة من زنزانة زوجته وشبيهة بها، وهو قد كتب لقبه على جدرانها حيث اختار لقب «ملك الشاورما» ويقول حسين كنا نسمع اصوات الاسيرات حين يخرجن الى الشمس. وكان زملائي ينادونني بملك الشاورما بصوت عال (لتسمعهم نجوى وتعرف انني بخير) وكانت هي ترد بالغناء بصوت عالٍ «الفرج قريب... قريب... نيال المجوز...) وعن التعذيب الذي لقيه حسين في المعتقل يقول:

ـ فقط كسروا لي ضلعاً واصبعاً، وتسببوا بشُعر في ضلع اخر، وثقبوا

اذني بـ نربيش» الماء، وعلقوني ساعتين يومياً على العمود، لمدة ٢٧ يوماً، وكانوا يضربونني بالكرباج، ويربطونني على طريقة الفروج، اي يوثقون يديّ ورجلي معا، ويضعون رأسي في الكيس، وكانوا يقفزون عليّ من مكان عالٍ ويمارسون معي فنون الملاكمة.

٨ ـ كوزيت ابراهيم ترفض عرض عذاباتها

حاولت عدة وسائل إعلامية الحصول على حديث من الاسيرة المحررة كوزيت ابراهيم، لكنها رفضت وفي احدى هذه المحاولات: في المعتقل التقيت ايضاً بكوزيت ابراهيم، كانت منشغلة بالحديث الى إحدى الوكالات او المنظمات العالمية، وحين سألت عنها، لاحقاً، كانت قد غادرت، فلحقنا بها الى بلدتها رميش، وفي بيتها «اخبرني اهلها انها قد عرّجت للغداء في بيت أختها، وبعد الاتصال بها، وصلت وهي تحمل حقيبة ثيابها، استعداداً لقضاء بعض الوقت مع عائلتها.

طويلة القامة، نحيلة، شاحبة، بالرغم من بضعة ايام من الحرية والفرج، لكنها قوية ومتماسكة.

كوزيت عمرها ٢٤ سنة، اعتقلت بعد تخرجها من كلية الاعلام بشهرين بـ «تهمة» الوطنية لم تكن تجهل احتمالات الطريق الوعر الذي اختارته، وهي الحزبية اليسارية. لكن ماذا عن اخرين اعتقلوا وعوملوا بوحشية دون اي سبب؟!

بلطف، ولكن بحرج، قالت كوزيت: أود الاعتذار عن إجراء، المقابلة وارجو ان تفهميني. لم اتحدث الى اية وسيلة اعلامية، وما نُشر في احدى الصحف لم يكن مقابلة، وإنما كلام قلته فكتبته إحدى الصديقات.

■ **ما السبب؟**

ـ جملة أسباب، أولها انني فوجئت بالضجة الاعلامية حول اعتقالي كما لا أود في هذه الهمروجة»، الظهور بصورة لا أستحقها، او ان اطلق كلاماً، قد

لا يكون دقيقاً ومسؤولاً، وإن كان لدي ما أقوله فسأكتبه بنفسي، وانشره ذات يوم.

■ **لديك كتابات في المعتقل:**

ـ ليست كثيرة، خفت من وقوعها في أيديهم، وقد فقدت البعض منها لخروجنا بسرعة ولقد قرأت كل ما وقع تحت يدي مما يسمحون به.

■ **ولك رسوم لا تزال على جدران الغرفة في المعتقل، وهي متقنة، وتدل على موهبة**

أنا احب الرسم، وأمارسه هواية منذ زمن طويل، وتلك الرسوم هي بعض ما رسمت، اما الباقي فلا اعرف من نزعه،

وتقدم لي سيجارة من علبتها

■ **عملت في الصحافة؟**

ـ لم تسنح لي الفرصة، قبل اعتقالي، ربما بدأت العمل الصحفي في المعتقل.. يظهر انني بدأت اموراً عدة هناك، كالصحافة.. والتدخين.

■ **تدخنين كثيراً؟**

ـ كانت حصتي سبع سجائر في اليوم.

ويعلق اخوها الذي انضم الينا: لكنها الان «مدخنة عن جد»

■ **ما قصة «اول ذبابة» دخلت غرفتكن في المعتقل؟**

ـ ابداً، انها اشارة الى تعاقب الوقت على اعتقالنا تضحك وتعلق: قلت لها وقتها: ما الذي جاء بك الى المعتقل. «شو بدك بهالشغلة؟

■ **من أين لك هذه القوة؟ من الأسر؟**

ـ تخفض رأسها ولا تجيب، فيقول أخوها: موجودة لديها قبله، منذ الصغر ربما.

■ **تذكرينني بسهى بشارة... تعرفينها؟**

- تهز رأسها إيجاباً، ثم تقول؛ لكن سهى مناضلة عظيمة، اين نحن جميعاً منها؟ ما تحملته انا جزء بسيط مما تحملته هي، او اخريات.

■ **ثمة لحظات لا تنسى في المعتقل وتبقى في الذاكرة..**

- كلها لا تنسى، واهم ما في التجربة انك تجدين نفسك امام نفسك، وجهاً لوجه، حقيقية، ودون لبس او تمويه، ولا حاجة لك الى ذلك.

■ **لا شك في ان النصر اسعدك وأشعرك بالرضى؟**

- كنت اعرف انه سيأتي، لكنني ما حلمت بأنني سأرى مشهد انسحابهم بعيني. اسعدتني فرحة الناس كانوا جميعاً مثلنا محبوسين، ولكن في معتقل كبيرا كذلك أسعدني انني ربحت الرهان على فاعلية المقاومة ودورها العظيم.

اردت السؤال والاستفسار اكثر. لكن اجوبتها المقتضبة، وذلك الضيق المرتسم على وجهها، جعلاني امتثل لرغبتها في التوقف عن الحديث ودّعتها وانسحبت بأسف. ففي داخل كوزيت إنسانة جميلة، على قدر من النضج والعمق والشفافية، ما يجعل الحديث معها شيقاً وغنياً. لكنني سجلت تلك الدردشة القصيرة (غير الصحافية) التي جرت بيننا. والتي تكفي، في اي حال للاضاءة على شخصيتها الدمثة، وهي البنت المقاومة التي لم تبخل بعمرها من اجل الوطن فعذراً كوزيت لإصرارنا؟

ولعل زهد كوزيت باستعراض معاناتها وهربها من الاضواء يوقظان حشرية القارئ. لذلك لا بأس من تعريفه بالأثر الذي خلفته كوزيت في زنزانتها وهو عبارة عن ثلاثة رسوم على جدران زنزانتها (٣ × ٣- القياس العادي) وهذه الرسوم هي: ١ ـ رسم لسنفور يقول «ايه شوفيها؟ بحسب حالي مسافر» و٢ ـ لسنفورة صامتة و٣ ـ لشرحبيل. كما كتبت كوزيت عبارات من نوع

«اجمل الامهات امهاتنا» و«١٠/٣/٢٠٠٠ دخلت اول ذبابة» (تعني بداية فصل لسع الحشرات).

٩ ـ اسمهان خليل (٢٠ سنة)

تروي اسمهان حكايتها فتقول:

- في ١/٩/١٩٩٩ جاء مسؤول من البلدة الى بيتنا، سأل امي عني وقال إنهم يريدون طرح بعض الأسئلة عليّ. أخذوني الى الجدار الإسرائيلي، وحققوا معي، ثم الى معتقل الخيام، حيث تولى امري محقق من العيشية.

وتتدخل هنا قريبتها منى لتقول: المسؤولون عن اعتقالها شباب تربوا مع اخوتها، وتجمعهم بهم صحبة وخبز وملح، أخذوها، ولم نعرف مكانها إلا بعد اكثر من شهر.

وتكمل أسمهان: وضعوني في سجن إفرادي ثم نقلوني في اليوم التالي الى غرفة فيها بنات، ثم عادوا ووضعوني في زنزانة لوحدي لمدة ٩ ايام ثم في اخرى ١٥ يوماً، ثم الى غرفة صغيرة، لا نافذة فيها مع ثلاث بنات .

فترة التحقيق كانت صعبة ومخيفة وموحشة، هددوني بأن يأتو بأبي، واخضعوني، في جو نفسي رهيب، لماكينة الكذب، مدة ثلاث ساعات، اتهموني بالكذب، ورموني في زنزانة وحدي، كنت قلقة على والدي، تصورته بين أيديهم، وتمنيت الا يحدث ذلك، وبكيت، لكنه حدث جعلوني اراه دون ان يراني هو، واشعروني ان امره بيدي، اسمعوني صراخ رجل يتعذب، قائلين انه والدي، وقالوا: «الوقت قد حان ليسمع هو صوتك»! ضربوني بالكرباج، خبطوني على رأسي واركعوني، لكني جهدت، كي لا يسمع ابي صراخي ثم مارسوا عليّ ما هو اقسى من التعذيب الجسدي. اخبرتني الشرطية، ان اهلي اهينوا وطردوا خارج المنطقة، ولم اعرف منها ما اذا كان سراح ابي قد اطلق، ام انه لا يزال قيد الاعتقال.

بقيت قلقة، وعلى اعصابي الى ان زارتني امي برفقة اختي، بعد ٣ اشهر و٩ ايام، اردت ان ارتمي في احضانها. انما كانت بيننا مسافة وحواجز من الشبك الحديد. كان ذلك موجعاً، بالرغم من فرحة اللقاء لم أبكِ. كابرت وحاولت ان اهوّن عليها. قلت لها انني لست لوحدي، وان شباناً وفتيات كثيرين في المعتقل، هي ايضاً حاولت التماسك، بالرغم من الدموع في عينيها. «قوتني» وقالت: الله يفرجها عليك. كانت الزيارة ربع ساعة فقط، لكنها كانت كافية لمدّي بالقوة وطمأنتي، وكذلك رسالة تلقيتها من والدي، اثرت فيّ وابكتني كثيراً وفيها يقول: إن الله مع الصابرين، والصبر جميل.. وطلب مني اعتبار الأمر امتحاناً وتجربة. وفي المعتقل ـ كنا عائلة واحدة، نواجه مصيراً مشتركاً، وكنا نشد من أزر بعضنا حتى عندما لم نكن في غرفة واحدة، كنا ندق على الجدران للاتصال مع بعضنا البعض.

تبتسم وتتذكر: يوم مولدي (اتممت التاسعة عشرة في المعتقل) كانت نجوى وكوزيت في غرفة، وسوسن وانا في غرفة اخرى، لكنهما اشترتا الشوكولاته، وبعثتا بها الي مع الشرطية.. وقد تأثرت لذلك كثيراً.

وبعد شهرين في الاسر، اصبت بوجع في رأسي عظيم، وبحساسية في عيني، وبتورم في الغدة، وروماتيزم في يدي وركبتي والتهابات في البول وارتفاع السكر في الدم، ولا اعرف ما اذا كانت الفحوصات ستسفر عن المزيد.

وننهي عرض ادراك الاسرى لشدة الاعتقال بشهادة ضابط ـ طبيب نروجي. وهي:

يقول الضابط النروجي فيدار ليهمان وهو طبيب كان يعمل ضمن نطاق فريق مراقبة هيئة الامم المتحدة الخاصة بلجنة الهدنة بين لبنان واسرائيل. ان التحقيق مع المعتقلين كان يستمر عدة اشهر احياناً. وان حراس السجن والمحققين كانت لديهم صلاحيات مطلقة في استعمال ما يرونه مناسباً لنزع

الاعترافات من المسجونين. ويضيف انه كان من الطبيعي ان يعلق المعتقلون بالسقف وبالمقلوب احياناً وبالكاد تلامس ارجلهم الارض. واثناء ذلك ينهال افراد الميليشيات والجنود الاسرائيليون على الاسرى ضرباً بالعصي. بعدها يجبرون على الركوع ليضربوا على اقدامهم مع صب الماء البارد او الساخن» ويرى ليهمان، ان هناك وسائل اكثر وحشية تتمثل باستعمال الصدمات الكهربائية التي توجه الى الناحية اليسرى من الصدر ويؤكد انه شاهد عددا من المعتقلين ظهرت على اجسادهم علامات عدة جراء ذلك، وكانوا يعانون من كسور في الاطراف والاسنان.

ارسل ليهمان تقريره الى وزارة الدفاع النروجية في سنة ١٩٩٢، الا ان الوزارة لم تنشره لكونه قوياً جدا ولا يمكن ان يتصور الناس انه في اواخر القرن العشرين توجد اجراءات واساليب تعذيب كهذه. مما دفع بالضابط النروجي الى ارسال تقريره الى صحيفة افتن بويتن التي نشرته بتاريخ ١٩/٤/١٩٩٥.

وفي محاولة لمساعدة القارئ على تبين الانعكاسات النفسية لحالات الاسر المعروضة (وربما حالات اخرى يقرأ عنها او يصادفها او يعاينها) فاننا نورد بنود اختبار الشدائد الكارثية (فاليستي وريزنيك ومشاركوهما). وهو يتضمن ١٧ سؤالاً تمكن الاجابة عليها وفق ٥ درجات أ - ب - ج - د - هـ (حيث أ = صفر وهـ = دائماً وهذه الاسئلة هي:

١ - هل تراودك افكار مزعجة او ذكريات تقتحم فكرك وهي على علاقة بالأسر؟

٢ - هل تحلم احلاماً مزعجة او بكوابيس متكررة؟

٣ - هل مررت بتجربة معاودة معايشة الاسر؟ او انك شعرت وكأنه يتكرر؟

٤ - هل تنفعل بعمق عندما تتذكر الاسر؟

٥ ـ هل تبذل جهوداً مستمرة لتجنب التفكير بالمشاعر والافكار المرتبطة بالاسر؟

٦ ـ هل تبذل جهوداً مستمرة كي تتجنب المواقف او الاماكن التي تذكرك بالاسر؟

٧ ـ هل مازلت عاجزاً عن تذكر بعض التفاصيل المهمة في الاسر؟

٨ ـ هل فقدت الاهتمام بالانشطة الحرة وبشكل ملحوظ بعد الاسر؟

٩ ـ هل شعرت بانك منعزل عن المحيطين بك بعد خلاصك من الاسر؟

١٠ ـ هل تشعر بان قدرتك على التفاعل قد نقصت بعد تجربة الاسر؟

١١ ـ هل شعرت بان الاسر قد غير آمالك وخططك المستقبلية؟

١٢ ـ هل اصبحت تعاني من صعوبة اغفاء او استمرارية النوم بعد الاسر؟

١٣ ـ هل اصبحت نزقاً وسريع الغضب بعد الاسر؟

١٤ ـ هل تعاني من صعوبة التركيز بصورة مستمرة بعد الاسر؟

١٥ ـ هل اصبحت شديد الحذر وتتحقق من كل شيء بعد الاسر؟

١٦ ـ هل تحولت الى العصبية وسرعة الخوف بعد الاسر؟

١٧ ـ هل تظهر لديك ظواهر جسدية عندما تتذكر فترة الاسر؟

بهذا نكون قد استكملنا عرض الحالات كما وردت على لسان المحررين الى وكالات الانباء بدون اي تدخل اختصاصي. حتى هذه الحالات امثلة على تلقائية ادراك شدة الأسر.

الا ان هذا الفصل لا يكتمل بدون عرض متخصص لتقنيات التعذيب الاسرائيلية وخصوصاً منها تقنية الرجرجة وغيرها من محاولات التأثير على وعي الاسير لانتزاع الاعترافات منه. وأيضاً بعرض لدور الطب النفسي في مواجهة الاعتداءات الاسرائيلية المتكررة على لبنان.

٢ ـ التأثير على الوعي

ان العلوم النفسية لم تخترع التعذيب ولكنها ساهمت في تحويله الى تقنية فهذه العلوم قدمت معلومات وافكاراً ووصفات لكل المؤسسات البوليسية في العالم التي تستخدم هذه المعطيات لاجبار الافراد على البوح بالمعلومات او لاكراههم على تغيير قناعاتهم. والواقع ان افتقاد التعريف الدقيق للشخصية السوية (الطبيعية) يجعل الفصل دقيقاً بين الشفاء النفسي وبين عودة الشخص الى طبيعته (التي لا نملك لها تعريفاً. الامر الذي يغري المعالج والاختصاصي - البوليسي باجتياز هذا الفاصل. وهو اجتياز يساوي بداية اساءة استخدام العلوم النفسية. وهي اساءة تحدث بدرجات مختلفة باختلاف الدافع لهذا الاجتياز. ولعل ابسط درجاته الدعاية التي تستغل نقاط ضعف المستهلكين وتدعوهم لاكمالها (الوصول الى السواء). من هنا يبدأ التأثير على الوعي باستغلال نواقص لدى المستهلك وهي نواقصه وليس الى مواجهته بها (والا كان الوضع مطابقاً لما يسمى بالعلاج الوحشي).

وبمراجعة المحاولات البوليسية للتأثيز على الوعي نجد من المفيد ايراد بعض الامثلة:

أ ـــ في اصلاحية (Wallo-Wallo) في ولاية واشنطن استخدم المدير وسائل اصلاحية فريدة من نوعها. فقد كان يجبر المساجين على العودة الى طفولتهم (نكوص اجباري) عن طريق اجبارهم على ارتداء القماط (اللفافة) و

على تناول الحليب بالرضاعة وعلى الزحف ارضاً. وقد خضع لهذا العلاج حوالي الالف سجين وعلى امتداد اثني عشر عاماً. وقد اطرى بعض السلوكيين من المتخصصين هذه النظرية العلاجية!!

ب ــ في ايرلندا الشمالية سادت ولفترة الطريقة التالية: يلبس المسجون قناعاً له فتحة فقط مكان العينين ويتضمن عازلاً سمعياً. ثم يحرم الشخص من النوم نهائياً خلال الايام الاولى من احتجازه ويجبر ايضاً على البقاء في وضعية الوقوف (ولا يسمح له بالاستلقاء) وكذلك فهو يحرم من الطعام خلال هذه الايام.

ج ــ يعترف الجنرال الفرنسي (Massu) في مقابلة اجراها فرانسوا شاليه (Francois chalai) (على القناة الثانية الفرنسية) باستخدام الفرنسيين لتقنية «الاستجواب العميق» في الجزائر خلال فترة اواخر الخمسينيات. وتتضمن هذه التقنية الحرمان الحسي للشخص لبضعة ايام (اي منعه من الاكل والنوم والسمع والنظر والاستلقاء.. الخ).

د ــ في البرازيل جرى الحديث عن تقنية «الضجة البيضاء» فبدلاً من الصمت المطبق (الهادف للحرمان الحسي - السمعي) كان السجين يتعرض الى ضجة طاغية كفيلة بان تطغى على ماعداها من الاصوات (بما فيها صوت السجين نفسه). وبهذه التقنية يصبح الشخص عاجزاً عن التمييز بين ما هو واقع وبين هواماته وهلوساته الشخصية. مما يضعه في حالة اصطناعية من تفكك الشخصية.

هـ ــ لقد طورت بلدان ما وراء الاطلسي وابتداءً من العام ١٩٥٦ تقنيات متطورة لتفكيك الشخصية. وكلها متمحورة حول عزل السجناء بهدف تعطيل دماغهم والغاء اية مقاومة دفاعية عندهم. اضافة الى التسبب بالقلق والاذلال المعنوي وصولاً الى احداث تناذر دماغي يحول الشخصي الى ودود -

مطواع على استعداده لتقبل الايحاءات وصولاً الى العجز عن سيطرته على نشاطه الذهني.

و ـ **رأي الطب:** اجرى البروفسور زيبيك (Zubec) دراسات على اشخاص تعرضوا لتجربة الحرمان الحسي. وخلص من دراساته الى ان الاشخاص الذين يتعرضون طويلاً لهذا الحرمان تلاحظ لديهم تغيرات على صعيد تخطيط الدماغ بحيث تصبح موجات هذا التخطيط بطيئة. كذلك جرت بحوث تحت اشراف وزارة الدفاع الكندية. وقد اثبتت هذه البحوث ان اقامة قصيرة في الزنزانات الانفرادية كانت تكفي لاحداث تهيؤات هذيانية لدى المسجون. وتتحول الى الهلوسة مع ازدياد مدة الاقامة. وكان الباحثان سميث ولويتي (Smith and Leuty) قد اثبتنا منذ العام ١٩٥٩ بان الاحتجاز في غرفة صامتة من شأنه ان يؤدي الى اضطرابات نفسية تتفاوت حدتها وخطورتها بحسب الشخصية الاساسية للافراد.

ز ـ **التعذيب الاسرائيلي:** لقد استلهمت اسرائيل كافة التجارب الانجلوساكسونية للتأثير على الوعي ولغسيل الدماغ وهي قد خرجت منها بباقة منتقاة من وسائل التفكيك للشخصية اضافت اليها تجارب المانية وخصوصاً تجارب غروس وماير، وصولاً الى تقنية الرجرجة. وفي ما يلي نموذج لهذا التعذيب:

أ ـ **الغرفة الصامتة:** تخيل الرتابة البيضاء لزنزانة مزودة بنور مصباح من النيون، بياضه يبهر وهو مضاء ليل نهار. وهذا العزل البصري يتلازم إضافة الى ذلك مع عزل سمعي: تخيل هذا السكون المصطنع حيث أبسط الاصوات، كحفيف الثياب مثلاً، تصم الآذان. وايقاع الاصوات اليومية التي يحتاجها كل انسان للارتكاز الى ذاته، هذا الايقاع يلغي. والمُعذب لا شكل معروفاً له ولا وجه له. تلغى كل المثيرات الخارجية الحواسية (ضجيج تعاكس الأضواء والألوان)

وهذه المثيرات لا يستغنى عنها في عملية حفظ وصيانة الوظائف الأكثر أهمية عند الكائن الانساني.

تدمير الدماغ: ان هذا الشكل من اشكال التعذيب يجعل المرء في حالة من الخضوع لم يعرف حتى العهد النازي. ومن هنا ندرك بأن غسيل الدماغ ما هو الا مرحلة من مراحل التدمير الكامل للشخصية، وهو السبب الحقيقي لابتكار الغرفة الصامتة. وهذا امر يسهل برهنته (إثباته) إذ ان العزل السمعي والبصري (الكامل) أي عزل محيطي كامل، لا يمكن الا ان يؤدي الى تشويه الشخصية اذ ان العلاقة التواصلية مع البيئة الاجتماعية المحيطة تشكل احد العناصر الاساسية التركيبية للشخصية. وفي هذا الصدد يقول الطبيب النفسي الهولندي «سجيف نونز» بأن السمع يرتبط ارتباطاً وثيقاً بحس الجاذبية وهذا الاخير هو حس في غاية الاهمية بالنسبة الى حس التوجيه. وبأن حس التوجيه فيما يتعلق بمركز الجاذبية كما ان اعاقة حس التوجيه هذا فيما يتعلق بمركز الجاذبية تشكل احد العوارض الاساسية للوصول الى احداث الصرع وتأثير الصدمات الكهربائية. والبنية الانسانية تعجز عن مقاومة الحرمان الحواسي المصطنع الذي يحدثه البشر.

متعددة هي إذن تأثيرات ذلك التعذيب وكل وصف لها لا يمكن ان يكون تقريبياً. ومع ذلك ها نحن نظهر بعضاً من تأثيراتها الاساسية: فقدان خاصية التركيز والتفكير بشكل متماسك والعجز عن التوجيه زمانياً ومكانياً وهلوسات و(هذيانات) إحساس بالازدواجية وبفقدان الأعضاء واضطرابات قلبية ونفسية وفقدان التوازنات الحركية والارتجاف وتقلصات كما يحدث اثناء الصدمة الكهربائية.

ج ـ **شهادة سجينة:** تصف سجينة تعرضت لهذا التعذيب في سجن الماني احساسها على النحو التالي:

«يشعر المرء بأن رأسه يتفجر، وبأن قفص جمجمته سوف ينكسر وينفجر

وبأن النخاع الشوكي يدخل عنوة الى الدماغ. وينتابنا احساس بأن الدماغ يتقلص باستمرار تحت وطأة توتر يجهل مصدره وكأنه مسير اليكترونياً. ثم ان الانسان يحس بأنه يدير وتتقارب الافكار في رأسه ولا يستطيع التخلص من هذا الاحساس الا اذا تحرك. والمرء لا يدري لماذا يرتجف ولماذا تتجلد اطرافه برداً ولكي يتكلم بصوت طبيعي عليه ان يبذل جهوداً مضنية وعليه تقريباً ان يصرخ ويشعر المرء كما لو انه اصبح اخرس ولا يمكنه ان يحدد معنى الكلمات...».

د ـ **تقنية الرجرجة**: وهي من احداث اساءات استخدام المعارف المتوافرة عن دراسات النوم وعلاقتها بالتوازن النفسي للانسان. فاساليب غسيل الدماغ المعتمدة على الحرمان الحسي باتت معروفة ومدانة. وهي عملياً صالحة للاستخدام خلال الفترة الاولى من الاعتقال. اما تقنية الرجرجة فهي تمتاز بعدم وجود دراسات كافية لتأثيراتها اضافة الى انخفاض نسبة وفيات المتعرضين لها. وهي مميزات جلبت الاسرائيليين اليها لأنها تجنبهم الانتقادات الموجهة الى وسائل التعذيب التقليدية، وتعطيهم التأثير المطلوب على اسراهم. وتتخلص تقنية الرجرجة بوضع جهاز يحدث رجرجة بسيطة تحت الرأس بحيث لا يمنع الشخص من الاعفاء، لكن هذه الرجرجة تؤثر على مراحل النوم بحيث يصبح تعاقبها معوقاً الامر الذي يؤدي الى زيادة فترات النوم السطحي وانخفاض في فترات النوم التي تحدث فيها الاحلام. فتكون النتيجة اضطرابات ذكروية. خصوصاً لجهة انتقال الذكريات من حيز الراهنية الى حيز التخزين. كما تؤثر هذه الرجرجة الى الانماط اليومية (Rhytmes Circadiennes) للشخص بحيث تضطرب ساعته البيولوجية في ما يتعلق بوقت النوم وبعدد ساعاته ومرات التبول وسائر العمليات المرتبطة بالجهاز العصبي اللاإرادي الامر الذي يؤثر على القوى الادراكية للشخص فيصيبها بأعطال مزمنة. كما تؤدي هذه التقنية، ولو في حالات نادرة، الى تشجيع تطور العديد من الاعطال الدماغية لدرجة التسبب بوفاة بعض المعتقلين.

ومع كل السرية والتكتم المحيطين بأساليب معاملة اسرائيل للاسرى العرب فان تقارير الصليب الاحمر الدولي تشير بان التقنيات التعذيبية المستخدمة ضد السجناء العرب في اسرائيل تفوق قدرات الاحتمال البشري. ولعله من المفيد للموضوعية ان تذكر هنا بأن هذا التعذيب يرتكز الى منطلقات تمييزية تتعلق بانسانية الاسير نفسه. فهو يتعرض للمعاناة بسبب انتمائه العربي والشك بافعال تنسجم مع هذا الانتماء وليس بسبب مخالفات قانونية او سياسية محددة. لذلك فان كل عربي مرشح لأن يكون ارهابياً او ذا صلة بالارهابيين تجعل تعريضه للرجرجة مبرراً. دون الالتفات الى تعريف قانوني وانساني مقبول وشامل للارهاب، اذ يخضع للرجرجة كل من تنطبق عليه صفة الارهابي بحسب قاموس نتانياهو في كتابه عن مكان تحت الشمس لا يجده الا بارهاب الآخرين وبقمع ردود فعلهم على ارهابه.

٣ ـ الطب النفسي في مواجهة الاعتداءات الاسرائيلية المتكررة على لبنان؛

شهد القرن العشرين سلسلة من الحروب والنزاعات التي اودت بحياة مئات الملايين من البشر. وتركت مليارات منهم ضحايا لها موزعين بين مصابين جسدياً ولاجئين ومصدومين.

الطب النفسي، الناشيء خلال القرن والمصاحب لمآسيه، لم يكن نادراً على تجاهل حاجة الضحايا للمساعدة والعلاج. فكان دخول الطبيب النفسي الى الجبهة وكانت خبرته على الجبهة مؤسسة لفرع يسمى بالطب النفسي العسكري. وهو فرع يتطور باضطراد ويولد اختصاصات موازية متفرعة عنه.

وتعود بدايات هذا الفرع الى الحرب العالمية الاولى وتحديداً على الجبهة الالمانية، حيث اصيبت اعداد كبيرة من الجنود الالمان بمتلازمة الارتعاش التي كانت تمنعهم من الاستمرار في القتال. وكانت تستمر لديهم عند عودتهم للحياة المدنية. وفي حينه تمت تجربة كافة العلاجات المتوافرة عليهم ولكن دون جدوى. الى ان تم اللجوء الى العلاج النفسي لهذه الحالات حيث سجل هذا العلاج نجاحاً. اطلت معه فروع الطب النفسي ـ العسكري والعلاج النفسي ـ الجماعي والحرب النفسية.

وهكذا اتخذ الطب النفسي اهميته كمعالج لصدمة الحرب. وهي اهمية لن تلبث وان تتسع لتشمل مسائل دعم الروح المعنوية والعلاج الميداني للصدمات.

فاذا ما جاءت الحرب العالمية الثانية وجدنا انها طاولت المدنيين وهددتهم

بصورة اكثر مباشرة (بسبب تطور الاسلحة). فامتدت مسؤوليات الطب النفسي العسكري الى المدنيين ولم تعد محصورة بالعسكريين. وتراكمت خلال الحربين مجموعة من التجارب والملاحظات كان لها فضل إرساء القواعد النظرية لهذا الاختصاص.

وباختصار شديد نعرض لتوجهات البحوث في المجال خلال الاربعينيات. جيث توزعت على النحو التالي:

أ ـ بحوث تقارن بين ردود الفعل الصدمية لدى المقاتلين في الحربين.

ب ـ بحوث تقارن بين ردود فعل المقاتلين بحسب جنسياتهم.

ج ـ بحوث لتصنيف ردود الفعل الصدمة وتفريقها بين نفسية بحتة ونفسية ـ جسدية. في مقابل ردود فعل مباشرة او قصيرة الأمد او طويلة الأمد (اي تظهر بعد مرور فترة طويلة على الصدمة).

د ـ بحوث تقارن بين صدمات الحرب وبين الكوارث الطبيعية (زلازل براكين ـ فيضانات.. الخ).

هـ ـ بحوث تربط بين ردود الفعل الصدمة وبين الرغبة الفعلية في القتال. بدوافع وطنية او عقائدية.

و ـ بحوث تتناول ردود الفعل الصدمية لدى المدنيين.

ز ـ بحوث تتناول ردود الفعل الصدمية في حالات تكرار الصدمات.

وابرز هذه البحوث تناول الطيارين الانجليز. الذين كانت تسقط طائراتهم فيعاودون التحليق مرة اخرى واخرى لغاية تمكن الصدمة منهم واصابتهم بالعجز عن الصعود مجدداً الى الطائرة.

وهذه البحوث الاخيرة هي التي تهمنا في حديثنا عن ردود الفعل الصدمية لدى المدنيين اللبنانيين المتعرضين للاعتداءات الاسرائيلية.

١ ـ الاعتداءات الاسرائيلية ـ مسلسل صدمي:

كان الشعب اللبناني اشد شعوب المنطقة معارضة لتقسيمها. كما كان هذا الشعب في طليعة المتطوعين للقتال في حرب فلسطين. لكن التركيبة الديموغرافية والجيو ـ بوليتيكية لهذا البلد جعلته عاجزاً عن تفعيل هذه المعارضة. ونظراً للاجواء الديمقراطية السائدة فيه تمكن الجمهور من التحرك بشكل ضاغط لدعم كل انواع المقاومة ضد الاحتلال الاسرائيلي. وانعكس ذلك بمعاناة الكيان اللبناني من حالة «انشطار الأنا» (Siccion du Moi). بين مؤيد لهذه المقاومة وبين متحفظ تجاهها.

ادراكاً منها لهذا الواقع كانت اسرائيل تعمل على تعميق هذا الانشطار عبر ضربات عسكرية مدروسة ومخططة لهذا الهدف. حتى امكن القول بان اسرائيل باتت بحاجة لهذه الضربات فاصبحت تكررها بصورة قهرية (compolsive). وكانت عوامل عديدة تتحكم في هذا القهر. ولعل اهمها:

أ ـ **الاحتفاظ بعدو:** وقد رأينا اهمية الحاجة للعدو لدى الولايات المتحدة بعد انهيار الشيوعية. والحفاظ على عدو ـ محدود الخطر كان يؤمن لاسرائيل منافع متعددة منها: تلاحم الجبهة الداخلية والاستمرار في استثمار مشاعر التهديد (معونات ـ تبرعات ـ تسليح... الخ) وتكملة الديكور اللازم للتظاهر بالخوف من التهديد العربي... الخ.

ب ـ **الحرب الباردة:** بعد تصفية المقاومة على الجبهة الاردنية باتت الجبهة اللبنانية الميدان الوحيد للحرب الباردة العربية ـ الاسرائيلية.

ج ـ **الضربات الوقائية:** اعتمدت الصهيونية سياسة «العدوان المطمئن» بحيث بات الجمهور الاسرائيلي لا يشعر بالأمان الا عبر تأكده من قدرة دولته على العدوان. مما جعل من اسرائيل دولة يحكمها الجنرالات في الأزمات وديمقراطية خارج الأزمات. وهذا النوع من الديمقراطية لا يوجد الا في اسرائيل

(وان حاولت تركيا تقليدها). ومن هنا كانت ترجمة «العدوان المطمئن» بمصطلح اكثر قابلية للتداول السياسي وهو «الضربات الوقائية». وهذه الضربات لم تكن تحصل فقط كرد على تنامي خطر المقاومة، او على عملياتها النوعية، بل هي كانت تحصل في كل مرة يحس فيها الجنرالات بضرورة تعزيز موقعهم في السلطة.

ولو نحن قرأنا الاعتداءات الاسرائيلية على لبنان على ضوء مصالح الجنرالات الاسرائيليين لامكننا فهم الدوافع الحقيقية للعمليات الاسرائيلية الاكثر وحشية في لبنان. وبمراجعة هذه العمليات يمكننا تقسيمها بصورة اصطناعية (لأن الشعب اللبناني هو موضوع العدوان في كل الحالات) الى ثلاثة مراحل زمنية هي:

١ ـ مرحلة المقاومة الفلسطينية (١٩٦٧ ـ ١٩٨٢).

٢ ـ مرحلة المقاومة الوطنية (١٩٨٢ ـ ١٩٩١).

٣ ـ مرحلة المقاومة الاسلامية (١٩٨٢ حتى اليوم).

وهكذا نجد ان المواطن اللبناني كان عرضة لصدمات تكرارية، ناجمة عن الاعتداءات الاسرائيلية، خلال الفترة الممتدة من العام ١٩٦٨ وحتى اليوم.

٢ ـ مستويات الصدمة:

على الصعيد الوطني ـ المعنوي لا يمكن الحديث عن تصنيف للصدمات. فكل اعتداء اسرائيلي على الاراضي اللبنانية هوانتهاك لحرمة هذا الوطن وتهديد لأمن سكانه وحقوقهم. اما على صعيد التعرض المباشر لاخطار هذه الاعتداءات فيمكننا تقسيم مستويات الضغوط النفسية للسكان وفق العوامل التالية:

١ ـ المجموعات التي تعرضت لتجربة فقدان عزيز.

٢ ـ المجموعات التي تعرضت لخسائر مادية.

٣ ـ المجموعات المتعرضة لاخطار التهديد المباشر للحياة.

٤ ـ المجموعات المتعرضة للتهجير تحت وطأة الخوفه

٥ ـ المجموعات المتعرضة للأسر والاعتقال.

٦ ـ المجموعات المهجرة بسبب احتلال اراضيها.

واذا قصرنا العوامل الشدية (Stress) للاعتداءات الاسرائيلية على هذه الفئات فاننا نجد مشكلة تصنيفية اخرى تعترض تصنيفنا لمستويات الصدمة. ذلك ان حِدة ردود الفعل الكارثية تتعلق بمجموعة كبيرة من المتغيرات اهمها:

١ ـ اجتماع اكثر من عامل من العوامل الست المذكورة اعلاه. حيث يكون كل عامل اضافي هو تجربة صدمية تراكمية. وعلى مدى اكثر من ثلاثين سنة من الاعتداءات الاسرائيلية يمكننا التأكيد بان غالبية سكان الجنوب (منطقة المواجهة) قد تعرضوا للعوامل الستة مجتمعة.

٢ ـ من الطبيعي ان ترتبط حِدة ردود الفعل بحدة الكارثة نفسها.

وهنا تبرز ضرورة توافر المعلومات حول المفاصل الاكثر وحشية من هذه الاعتداءات ونذكر تحديداً:

١ ـ احتلال جزء من الاراضي اللبنانية (على دفعات).

٢ ـ الاجتياح الاسرائيلي (١٩٨٢).

٣ ـ مجاز عناقيد الغضب (١٩٩٦).

٤ ـ ممارسات ارهاب الدولة الاسرائيلية (خطف واعتقال وتعذيب وغيرها من مظاهر استباحة الشرعية الدولية).

٣ ـ تكرارية الصدمة: وهذه التكرارية هي كناية عن اختبار وحشي لقدرة التحمل البشرية. ولا شك بان فقدان الشهيد الاول يكون اكثر قابلية للتحمل من فقدان الشهيد الثاني في الاسرة وقس عليه.

٤ ـ صدمات الحرب الاهلية: وهي صدمات تضاف الى تلك الناجمة عن الاعتداءات الاسرائيلية. وهذا يقتضي عدم اهمال الدور الوظيفي لاسرائيل في الحرب اللبنانية. واذا كان المجال هنا لا يتسع لمناقشة هذا الدور فعلينا الا نغفل بان احتفاظ اسرائيل بالشريط الحدودي بعد اتفاق الطائف كان بمنزلة التمديد للحرب اللبنانية. ومعارضة اسرائيلية سافرة لسيرورة السلم الاهلي اللبناني.

٣ ـ عدوان الخميس في ٢٠٠٠/٥/٤

اذا نظرنا لهذا العدوان من زاوية الاذى لامكننا تصنيفه وادراجه ضمن لائحة طويلة جداً من الاعتداءات الاسرائيلية المتسببة بالاذى والاضرار المادية. الا ان الامر يختلف بصورة جذرية لو نحن وضعنا هذا العدوان في اطاره السياسي. وهذا يعني النظر للعدوان من حيث دوافعه الاسرائيلية ـ الداخلية. وهذا يقودنا للتحليل التالي:

أ ـ يعارض الجنرالات مبدأ الانسحاب من الشريط الحدودي لان هذا الشريط لا يزال يحتفظ باهميته التكتيكية بالنسبة لخططهم الاستراتيجية. ولقد بذل باراك جهوداً فائقة للتوفيق بين ضغط الرأي العام المؤيد للانسحاب وبين اصرار الجنرالات. وهو لم يحصل على موافقتهم الا مشروطة باختراع يحافظ على دور «الفوضى الديموغرافية». مع الاحتفاظ بحرية العودة لاحتلال الشريط مجدداً او لتوجيه ضربات عسكرية قاسية في حال تعرض هذا الدور للخطر. وبذلك يأتي هذا العدوان تأكيداً من الجنرالات على عدم تقيدهم بكل وعود القيادة السياسية.

ب ـ يرفض الجنرالات ان تتم عملية الانسحاب (ولو بشكلها المشوه) وتفاهم نيسان قائم. فالالتزام بهذا التفاهم لغاية الانسحاب يعادل الاعتراف بندية المقاومة. ويلغي الايحاء بان الخطأ العسكري (مجزرة قانا) هو الذي فرض هذا التفاهم. من هنا اصرار الجنرالات على خرق هذا التفاهم، ولو رمزياً، مرات

متكررة قبل حلول موعد الانسحاب.

ج ـ كان تصاعد ضغوطات الرأي العام للانسحاب على علاقة مباشرة بتزايد ضربات المقاومة. وتالياً الخسائر الاسرائيلية. والجنرالات يترجمون هذه الضغوطات بحاجة الرأي العام لجرعة جديدة من الشعور بالامان عبر التأكيد له بان اسرائيل لا تزال قادرة على العدوان بالرغم من كل الضغوطات السياسية العالمية المرافقة للمفاوضات. والخطير ان هذه الحاجة هي التي دفعت بالجنرالات للقيام بعناقيد الغضب، والمجازر التي رافقتها، لاستعادة توازن المجتمع الاسرائيلي بعد اغتيال رابين. كما ان هذه الحاجة هي التي جعلت الجنرالات يستبقون استلام باراك للكم بضربة تعوض للرأي العام مشاعر خسارة التطرف التي كان يمثلها نتنياهو.

انطلاقاً من هذه المعطيات كيف يمكننا قراءة الموقف الاسرائيلي من موضوع الانسحاب؟. ان اعتداء ٢٠٠٠/٥/٤ هو الرد على هذا السؤال. فالجنرالات ليسوا مستعدين للالتزام بأي قرار سياسي بالانسحاب. وهم لا يفسحون المجال لهذا القرار الا بعد التأكيد على حريتهم في تجاوزه. وهذا الوضع يفجر ذكريات الكوارث، الاسرائيلية الصنع، لدى المواطن اللبناني. الذي يطرح السؤال التالي وبحق: «لو حصلت اسرائيل على كل التنازلات الممكنة لقاء الانسحاب. ثم عادت ووظفته لمصلحتها في المفاوضات وفي تهديد السلم الاهلي بالاضافة الى مكاسب اضافية اخرى ما الذي يمنعها (يمنع جنرالاتها تحديداً) من معاودة احتلال الشريط مرة اخرى؟!.

وهذا المواطن لا يكتفي بضمان القوات الدولية لمنع هذه المعاودة. فهو يعلم ان اسرائيل قد سخرت طيلة ٢٧ سنة من القرارات الدولية بشأن لبنان! وبانها ارتكبت مجزرة قانا في عقر دار القوات الدولية! وباختصار فانها غير خاضعة لاحكام القانون الدولي!.

وهذا الوضع يبقي المواطن اللبناني في حالة ترقب لكارثة جديدة. تغذيها التهديدات الاسرائيلية (وفق خطة حرب نفسية مدروسة. تبدأ بالتصريحات المهددة وتمر بتحريك طابور خامس واطلاق شائعات في اتجاهات معينة وصولاً للايحاء بتحريك فتن اهلية جديدة).

وتترافق حالة الترقب هذه مع خلق اجواء تعيد تذكير المواطن اللبناني بكافة تجاربه الصدمية السابقة. وهو تذكير يأتي كردة فعل طبيعية لمحاولة توقع الكارثة المرتقبة. حيث من الطبيعي ان يربط الشخص بين التجربة المتوقعة وبين تجاربه السابقة. وتتضخم ذكريات معاودة معايشة الاحداث الصدمية القديمة من خلال ايحاءات ذات علاقة مباشرة بهذه الاحداث. وضرب البنى التحتية هو اقسى هذه الايحاءات لانها ترد ذاكرة المواطن الى مرحلة ما قبل الطائف عندما كان البلد فاقداً لهذه البنى. وبالتالي فان ضرب هذه البنى هو ضرب لمفهوم السلم الامني وتحدي لمبادئه واحراج للدولة امام مواطنيها باظهارها عاجزة عن حمايتهم. وبمعنى آخر فان الرأي العام الاسرائيلي لا يمكنه ان يشعر بالاطمئنان ما لم يهدد امن شعوب اخرى.

نتوقف عند هذا الحد لاننا لا نريد التعرض لموضوع الاستعداد النفسي - الاسرائيلي للسلام. ولا للرهاب الذي تفجره فكرة السلام لدى اسرائيل. فالموضوع الذي نريد التأكيد عليه، واستخلاصه من التحليل المعروض اعلاه، هو موضوع تعرض المواطن اللبناني لاعتداءات وصدمات متكررة تذكره بها اسرائيل على طريقة التحليل الوحشي (تعذيب الاشخاص والجماعات عن طريق اجبارها على تذكر المفاصل الأليمة في ذاكرتها). وهذه الطريقة لا تقتضي، بالضرورة، اعتداءات وحشية. بل غالباً ما تكتفي باعتداءات محدودة ولكن كافية لتفجير الذكريات الأليمة. عداك عن اجواء التهديد الدائم والمفتوح على كل الاحتمالات.

٤ ـ دور الطب النفسي في مواجهة الايحاءات الاسرائيلية:

يمكننا توزيع مسؤوليات الطبيب النفسي وتصنيفها في مواجهة الكارثة الى ثلاث مراحل زمنية هي: ١ ـ ما قبل الكارثة و٢ ـ أثناء الكارثة و٣ ـ ما بعد الكارثة.

أ ـ قبل الكارثة:

تقتضي الخطوات الوقائية ـ قبل الكارثية ـ مشاركة فريق متعدد الاختصاصات. حيث يحتل صدارة هذا الفريق المسؤولون الأمنيون والعاملون في مجال التجسس المضاد. وهؤلاء يوجهون الفريق (الطبيب النفسي من ضمنه) من اجل مواجهة شبح الكارثة المتوقعة اذا كان الجمهور يتوقعها) ومن اجل التقليل من خطر الشائعات والتهديدات الهادفة اساساً الى نشر الرعب وتفجير القلق بين الجمهور.

وفي الحالة اللبنانية نجد ان تفجير القلق يستتبع معه احياء ذكريات التجارب الصدمية السابقة. وهذا الاحياء اصبح احد أهم اهداف الحرب النفسية الاسرائيلية. التي تستخدم تهديدات من نوع «اعادة احياء الحرب الاهلية» و«معاودة الاجتياح» و«الضربات القاسية» وفي فترة قبل الكارثة تتوزع مسؤوليات الطبيب النفسي على النحو التالي:

١ ـ المشاركة في الحرب النفسية: فهذه الحرب تستخدم كافة وسائل الاتصال الانساني. وهي بالتالي تحتاج الى المعلومات. مهما بدت المعلومة جانبية وقليلة الاهمية. كما انها تحتاج الى قراءة تحليلية للمعلومات لتحديد سبل الاستفادة منها وتوظيفها في المكان المناسب. وبذلك يكون الطبيب النفسي داعماً اساسياً في مكافحة الايحاءات السلبية وعمليات التجسس المضاد والتجسس وتحوير اهداف الحرب النفسية لصالح مجمتعه. ولقد تجسد دور الطبيب النفسي وباتت له قواعده العامة واساليبه الخاصة وان كانت بقيت سرية

في معظمها. ولقد تسرب منها مبادئ عامة من نوع التهديد المضاد والتعتيم الاعلامي في مواجهة الحرب النفسية. لكن التجربة العربية تشير الى ضرورة عدم المبالغة في هذا الاتجاه. فالجماهير العربية (واللبنانية خصوصاً) تخوض صراعاً يتعلق بمستقبلها. وهي مستعدة لتقبل الايحاء والايحاء المضاد بصورة فائقة الحساسية. يمكنها ان تؤدي الى فقدانها للتوجه.

٢ ـ **تعقيل الكارثية:** من واجبات الطب النفسي، في هذه المرحلة، ان يساعد الجمهور على فهم الحدود الحقيقية للكارثة المتوقعة بعيداً عن التهويلات والمبالغات (وهذا يعني تعقيل الكارثة). ثم تدريب الجمهور على اساليب التعامل مع الكارثة في حال وقوعها. وتحديد سبل الاتصال بالجهات المختصة بمواجهة الكارثة.

٣ ـ **الدعاية المضادة:** وتعتمد على مبدأ «ما اعتقد انه يعتقد انني اعتقده» وللطب النفسي دوره في تحليل المواقف وتحديد ادق لهذه الاعتقادات.

٤ ـ **الخطوات الوقائية:** وهي الخطوات الهادفة لتخفيف آثار الكارثة وردود فعل الجمهور حيالها. والخطوة الاولى هي توعية الجمهور واعلامه بالحدود المنطقية للكارثة والذعر والانفعالات التي يمكن ان تولدها. وصولاً الى تثقيف الجمهور وتأهيله للتعامل مع الكارثة بعد تعريفه بابعادها الموضوعية المحتملة. هذا التعريف الذي يساعد الجمهور على تخطي خوفه من المجهول. وعلى تخطي ذعر ترقب الكارثة. ثم يتم تدريب الجمهور على التصرف الملائم حيال الكارثة والخطوات التي يمكنه اتخاذها والتصرفات التي يجب تجنبها. والجهات التي يمكنه طلب المساعدة منها.

٥ ـ **انتقاء الاشخاص المرشحين للتعامل مع الكارثة:** ويستند هذا الانتقاء الى معيارين رئيسين هما:

أ ـ ابعاد الاشخاص ذوي المقاومة الضعيفة امام الحوادث.

ب ـ انتقاء الاشخاص الذين يملكون قدرة التكيف الافضل مع الكارثة.

ويتم هذا الانتقاء بناءً على مقابلة سيكاترية تتضمن تطبيق اختبار اسقاطي. وفي الحالة اللبنانية خصوصاً يفضل ان لا يتم الانتقاء بناءً على التاريخ المهني والخبرات السابقة (بدون هذه المقابلة). ذلك ان تكرار الصدمات قد اصاب بعض اللبنانيين من ذوي التاريخ المهني الحافل في عمليات الانقاذ. فاصبحوا عاجزين عن ممارسة هذه الادوار.

واذا اردنا تلخيص مهام الطبيب النفسي قبل الكارثة نقول بانها:

أ ـ محاولة تحديد مستوى القلق الملازم لترقب الكارثة.

ب ـ محاولة تبين ردود الفعل والآثار النفسية المحتملة للكارثة.

ج ـ اعتماد مبادئ العلاج الجماعي او العلاج عن بعد (تلفزيون انترنت وغيرها من وسائل الاعلام) من اجل التدريب على مواجهة الكارثة.

د ـ الاستعانة بسجلات الكوارث الشبيهة السابقة والاستفادة منها لمواجهة الموقف.

ب ـ أثناء الكارثة:

في هذه الفترة يكون دور الطبيب النفسي ثانوياً. وعليه ان يفسح المجال امام المختصين في التعامل مع الكارثة (المسؤولين الامنيين والمسعفين والاطباء المعالجين للاصابات ورجال الاطفاء والدفاع المدني... الخ). وهو لا يتدخل الا في حال طلب هؤلاء مساعدته.

ج ـ بعد الكارثة:

في الفترة التالية مباشرة للكارثة يمكننا توقع كافة ردود الفعل التي تختلف باختلاف الاشخاص ومدى توقعهم للكارثة وتعقيلهم لها.

وفي العادة تنتشر نوبات الذعر والهلع في هذه الفترة. وهي تؤدي الى

تصرفات غير مدروسة (غالباً مؤذية) والطبيب النفسي نادراً ما يتدخل في هذه الفترة لانها فترة اخلاء آثار الكارثة والتعامل مع نتائجها. وفيها ايضاً تتم عملية تقنين انفعالات الجمهور وتوجيهها بالاتجاه الصحيح من اجل السيطرة على حالة الذعر.

بعد هذه الفترة تأتي ردود الفعل الثانوية ومنها: عدم الثبات الانفعالي وصعوبات التكيف مع الاوضاع العقب كارثية وصعوبة تصديق الحدث الكارثي.

وهنا يبدأ دور الطبيب النفسي حيث تترافق ردود الفعل هذه مع مظاهر نفسية متنوعة تبدأ من مظاهر القلق الخفية ولغاية الخبل والرؤى الهذيانية. كما يجب ان لا نستبعد ان تؤدي الشدة المرافقة للكارثة الى تفجير امراض جسدية سيكوسوماتية (نوبات قلبية، ارتفاع ضغط، سكري، قرحة... الخ).

وفي هذه الفترة يتدخل الطبيب النفسي ولكن بعد فراغ زملائه العضويين من مسؤولياتهم.

ثم تأتي الفترة المتأخرة. حيث تبدأ انعكاسات الكارثة بالظهور على الصعيد النفسي والعلائقي وحيث يصبح دور الطبيب النفسي رئيسياً. وتلي الفترة المتأخرة فترة الإزمان. وهي تمتد لسنوات بعد حصول الكارثة وتترافق مع مظاهر نفسية وجسدية متنوعة غالباً ما يتم علاجها، بصورة خاطئة، معزولة عن اصلها الصدمي.

الفصل الثاني

الحرب والصدمة النفسية

تشكل الحرب الميدان الرئيسي لاساءة استخدام العلوم، حتى باتت اساءة الاستعمال هذه شاملة للعلوم الانسانية وخصوصا علم النفس والطب النفسي. هذا الواقع يقتضي إعادة نظر منهجية في دور المعالج النفسي في حالات الحرب، وفي غياب تحديد المعايير الأخلاقية لهذا الدور، يبقى الطبيب النفسي أمام مسؤولية أخلاقية تتمثل بتقديم العلاج لضحايا الحرب وللمصدومين بسببها.

١ ـ أهمية دراسة عُصاب الحرب

يشهد العالم المعاصر اعادة نظر شاملة في جغرافيته السياسية مما ينعكس في عالمنا العربي تهديدا للعديد من البراكين الخامدة بالانفجار مجدداً. وبمراجعة خريطة العالم العربي، نلاحظ أن الحروب الأهلية والعربية ـ العربية تهدد معظم أرجائه. كذلك نلاحظ تنامي احتمالات تفجر الصراعات مع الدول الأخرى. كما نلاحظ، في المقابل، غياباً يكاد يكون كلياً للأبحاث العربية في ميدان علم نفس الحروب والكوارث، في حين تطورت الدراسات الأجنبية في هذا الميدان

وصولاً الى قيام جمعيات نفسية عالمية والى صدور دوريات عالمية متخصصة في نشر هذه الأبحاث ومنها «مجلة الشدة الصدمية» Journal of traumatic stress. فاذا ما راجعنا أعداد هذه المجلة، لا نجد فيها بحثاً عن المعاناة الصدمية للعرب، بالرغم من غنى واقعنا الكارثي بالصدمات وبالمصدومين.

٢ـ تعريف العُصاب الصدمي ـ عُصاب الكارثة

العصاب الصدمي أو الصدمة النفسية أو اضطراب عقب الصدمة، هي تسميات مختلفة لمجموعة المظاهر النفسية والجسدية التي تظهر لدى الفرد عقب إحساسه بتهديد مباشر لحياته. هذا التهديد الذي يشكل كارثة فردية بالنسبة الى الشخص موضوع التهديد. لذا نفضل الحديث عن عصاب الكارثة ونقترح له التصنيف التالي:

أ ـ الكارثة التي تأتي من تهديد خارجي مفاجئ ومكثف وغير ممكن التجنب، بحيث أنها تهدد التكامل النفسي ـ الجسدي للشخص. مثل هذه الكارثة نجدها في حالات الحروب وأحداثها الدرامية. كما نجدها في حالات الكوارث الطبيعية (مثل الزلازل والفيضانات والأعاصير والأوبئة... الخ). من هنا تقسيم هذه الفئة من الكوارث الى مجموعتين: ١) الكوارث الاصطناعية و٢) الكوارث الطبيعية.

ب ـ الكارثة التي تأتي من الداخل (داخل الجسم) بشكل خفي وبطيء، فتؤدي الى تهديم الجسم وتهديد الحياة. في هذه الفئة نصنف الكوارث الناجمة عن أمراض جسدية خطرة ومهددة للحياة. كما نصنف فيها حالات الوسواس المرضية حيث يكون التهديد وهمياً.

ج ـ الكارثة التي تكمن على صعيد العلاقات الشخصية للفرد، حيث يؤدي اضطراب هذه العلاقات الى وضع كارثي أصعب من الموت (بالنسبة الى الشخص) فنراه يحاول الانتحار واضعاً ارادياً الحدود لحياته. في هذه الفئة، تدرج

الكوارث المعنوية بما فيها تجارب فقدان الأعزاء والتماهي بالأموات.

د ـ الكارثة التي تهدد التكامل العقلي للشخص (الخوف من أن يصبح مجنوناً) سواء أكان هذا التهديد حقيقياً كما هو الحال لدى المرضى العقليين، أم كان وهمياً كما هو الحال لدى المعانين من الوساوس المرضية. والمتعرضين لضغوط مؤثرة على الوعي.

٣ ـ بين القلق والصدمة

يشكل الخوف من الموت أكثر أشكال القلق تطوراً، وبالتالي فان الشعور بتهديد الحياة هو أكثر مولدات القلق حدة. من هنا كان من الطبيعي تصنيف العصاب الصدمي في خانة اضطرابات القلق. لكن هذا التصنيف كان مصدراً لارباك فرويد[١]، حيث ينجم العصاب الصدمي عن كارثة حديثة العهد (راهنة) الأمر الذي يتعارض مع النظرية التحليلية القائلة بأن جذور العصاب تعود الى صدمات عائدة الى عهد الطفولة، لذلك رأينا فرويد يتكلم على صدمة الولادة ويعتبرها أولى تجارب القلق في حياة الفرد. ثم جاء تلميذه **اوتو رانك** ليشدد على أهمية صدمة الولادة ويعتبرها النموذج الذي تنسج على غراره تجارب القلق اللاحقة[٢]. لكن الوقائع العيادية أجبرت فرويد وأتباعه على تغيير موقفهم ودفعت بفرويد الى إفراد خانة خاصة للأعصبة التي أسماها بالراهنة. فاذا ما تتبعنا أعمال فرويد، وجدنا أنه لم يميز مجموعة الأعصبة الراهنة دفعة واحدة، بل إن هذا التمييز أتى تدريجياً مما يعكس الارباك الذي سببته هذه الأعصبة لواضع النظرية التحليلية. فقد بدأ حديث فرويد عن **الأعصبة الراهنة** في العام ١٨٨٤. وفي حينه، أدرج فيها الاضطرابات الجنسية ـ الفيزيولوجية. ثم عاد فأدرج فيها كلاً من النوراستانيا (العياء) **وعصاب القلق**، حتى العام ١٩١٤ حين تم ادراج **عصاب الوساوس المرضية** (الهجاس) كثالث الأعصبة الراهنة. في ذلك يقول فرويد: «أجد نفسي مدفوعاً لتصنيف وساوس المرض الى جانب النوراستانيا

وعصاب القلق كثالث الأعصبة الراهنة». لكن فرويد ما لبث أن أدرج **العصاب الصدمي** كرابع الأعصبة الراهنة، وكان ذلك قبيل وفاته.

إن المراجعة الموضوعية لأدب التحليل النفسي المتعلق بالأعصبة الراهنة، يدفعنا الى القول بأن سحابة من الغموض ومن انعدام الدقة تطغى على هذا الأدب. فعصاب القلق، في مفهومه التحليلي، ليس إلا شكلاً من أشكال النوراستانيا. أما عصاب الوساوس المرضية فهو مزيج من تطور الأعراض الجسدية للنوراستانيا مع أحد أشكال العصاب الصدمي. فاذا ما راجعنا الفئات الأربع للكوارث، لوجدنا أن هذه الفئات هي الأكثر موضوعية بالمقارنة مع تصنيف الأعصبة الراهنة المطروح من قبل المحللين. بهذا نصل الى القاعدة العيادية القائلة إن الكارثة هي أهم مولدات القلق وأعنفها بحيث تترافق الصدمة الناجمة عن الكارثة مع أكثر نوبات القلق حدة سواء على الصعيد النفسي أو الجسدي.

٤ ـ تطور مفهوم الصدمة

يذكر «هيرودتس» قصة المحارب الأثيني الذي أصيب بالعمى نتيجة مجابهته لعدو ضخم الجثة. هذه القصة هي في الواقع أولى الحالات المدونة حول حالة «العمى الهيستيري». لكن الطابع الأدبي لهذه القصة يفقدها قيمتها الابيستمولوجية.

بعد هذه القصة، يقفز الباحثون الى العام ١٨٨٤ حين أطلق العالم **اوبنهايم** مصطلح العصاب الصدمي. لكننا لا نوافق على هذه القفزة التي تتجاهل تطور مفهوم الصدمة عبر الاف السنين. فقد كان للحضارة العربية مساهمتها في تطور هذا المفهوم، هذه المساهمة التي نرفض تجاهلها بسبب قيمتها الموضوعية. ولعل ابرز وجوه هذه المساهمة تلك التجربة التي أجراها ابن سينا، إذ جمع حملاً وذئباً في غرفة واحدة وربطهما بحيث يعجز الذئب عن الوصول الى الحمل. ثم قام ابن سينا بتسجيل المظاهر البادية على الحمل (نتيجة لشعوره بالخطر)، فلاحظ

لدى الحيوان مظاهر القهم (فقدان الشهية) والانحطاط والهزال التدريجي حتى مات الحمل[٣].

إن هذه التجربة تعكس الفكر التجريبي لدى علمائنا كما أنها تكرس ابن سينا كأول دارس تجريبي لعصاب الصدمة ولانعكاساته النفسية ـ الجسدية (السيكوسوماتية) التي تبلغ حدود الموت تحت أثر الشدة.

نأتي الآن الى دور اوبنهايم الذي أطلق في العام ١٨٨٤ تسمية **العصاب الصدمي** على وضعية الشعور بتهديد الحياة. كما كان له الفضل في عزل وتمييز هذا العصاب، من خلال دراسته لآثارة النفسية لدى مجموعة من الأشخاص الذين تعرضوا لحادثة قطار أرعبتهم إذ وضعتهم في مواجهة تهديد الحياة.

من جهته، عارض شاركو[٤] (Charcot) طروحات اوبنهايم معتبراً أن الأسباب النفسية التي يشير إليها اوبنهايم، هي شكل من أشكال الهيستيريا أو الهيستيريا ـ النوراستانيا المتفجرة بسبب الصدمة. بهذه المعارضة، يكون شاركو قد طرح الاشكالية الأساس في مفهوم الصدمة وخلاصتها: «هل اعراض ما بعد الصدمة تعود الى الشخصية الأساسية واضطراباتها المتفجرة بمناسبة الصدمة، أم أن هذه الأعراض هي نتيجة فعلية للصدمة؟».

إننا، في الواقع، لا نملك حتى اليوم، الأجوبة الحاسمة على هذه الأسئلة. فلدى مراجعتنا للحالات الصدمية المنشورة، يمكننا أن نجد أعراضاً من نوع القلق والعياء والرهاب والعجز الجنسي وبعض العوارض المشتركة مع الحالات العُصابية النفسية (Psychonevrose) وغيرها من الأعراض التي تدفعنا الى تحري اضطرابات الشخصية الأساسية (أي العلائم العصابية في الشخصية قبل التعرض للصدمة)، وتدعونا الى الجزم بكونها على علاقة باضطرابات الشخصية وعلائمها العصابية قبل الصدمة. لكننا نلاحظ، في المقابل، أن هذه الأعراض تجد تفسيرها، في بعض الحالات، من خلال ظروف الكارثة ووضعية الصدمة المرافقة لها. كما

يمكنها أن تعود الى الايحاء أو التقليد أو الى نقطة الاستدعاء العضوية (كما في حالة المصابين اصابة جسدية أثناء الكارثة) أو الى معنى رمزي يمكنه مساعدة المصدوم على مواجهة الكارثة.

عند هذا الحد، لا بد لنا من مناقشة موضوع اضطرابات النوم التي تلازم وضعيات الصدمة والتي يمكنها أن تكون منطلقاً لظهور الأعراض الذهانية العابرة وليس فقط الأعراض العصابية. صحيح أننا ما زلنا عاجزين عن التحديد الدقيق لفيزيولوجية هذه الاضطرابات، لكننا نملك البراهين على أثرها وتأثرها بالمعايشة النفسية عامة. بل أننا نملك البراهين على تأثير الأوضاع الصدمية سلباً على إفراز المادة الدماغية المحدثة للنوم الطبيعي. لكن هذه المعطيات لا تقدم الأجوبة على الأسئلة المطروحة اعلاه، بل إنها تزيد الأشكالية تعقيداً بادخالها بُعداً جديداً لها(٥).

هـ ـ عصاب الحرب

الحرب هي كارثة من أقسى الكوارث المتكررة منذ وجد الانسان والمرتبطة مباشرة بالموت. هذه الكارثة تمتاز بكونها تخلّف محيطاً مهدداً بالموت، بحيث يطال هذا التهديد أعداداً كبيرة من البشر ويترافق مع فقدان الأعزاء من أهل أو أقارب أو أصدقاء، بل أن هنالك شعوراً عاماً متنامياً مفاده أن الحرب تهدد البشرية جمعاء، لدرجة بناء ملاجئ للحرب النووية وغير ذلك من ممارسات الرهاب من الحرب.

لكن نظرة موضوعية مرفقة بمراجعة احصائية، تبين لنا أن ضحايا الحروب عبر التاريخ كانوا قلة بالمقارنة مع أعداد ضحايا الأوبئة مثل الطاعون والسل والتيفوس والايدز، مما يدفعنا الى طرح السؤال عن أسباب تركيز الاهتمام على عصاب الحرب حتى بات هذا العصاب من أولويات دارسي الكوارث؟

إن هذه الأسباب كثيرة نختصرها على النحو الآتي:

أ ـ في حالة الحرب، تكون الكارثة اصطناعية إذ يوجد عدو مهدِّد للحياة ومعروف بشكل واضح، على عكس العدو الرمزي الموجود في حالات الأوبئة وغيرها من الكوارث الطبيعية، بحيث يتم توجيه مشاعر الغضب والرغبات الانتقامية باتجاه العدو المعروف، الأمر الذي يعطي لهذه المشاعر والرغبات طابع الاستمرارية ويزيد في صدى المعاناة، بما في ذلك التسبب في ظهور آلية التماهي (التوحد) بالمعتدي.

ب ـ إن كارثة الوباء هي أكثر استدعاء للتثبيتات[٦] (Fixations) من كارثة الحرب، إذ أن الأولى غير ممكنة التجنب بصورة جذرية، في حين أن هذا التجنب ممكن في حالات الحرب عن طريق الهجرة مثلاً.

ج ـ بالنسبة الى «الشعور بالذنب لدى الناجين من الكارثة» فانه يكون أكثر حدة لدى الناجين من الحروب منه لدى الناجين من الأوبئة. فالاصابة بالوباء هي قدر تتحكم به الماورائيات. وبالتالي فانه لا يستدعي مشاعر الذنب بقدر ما تستدعيها ظروف الحرب حيث الضحايا هم ضحايا لعدو معروف ومشترك.

د ـ ان ردود الفعل الهيستيرية تكون أكثر حدة وعمومية في كارثة الوباء حيث يحس المصابون بأن لا حول لهم ولا قوة في مقاومة عدوان الكارثة. من هنا لجؤوهم الى المظاهرات الهيستيرية يفرجون من خلالها قلقهم العارم وعجزهم. في حين ينهمك المتعرضون لكارثة الحرب بمهام من نوع المقاومة والمواجهة ومحاولات تخطي الأزمة. وصولاً الى اللجوء للحيلة الدفاعية المسماة بالتماهي بالمعتدي وغير ذلك من الاهتمامات التي من شأنها أن تحد من عنف ردود فعلهم الهيستيرية.

في نهاية هذه المقارنة، لا بد لنا من التنويه بأن الموت الشخصي هو أكبر الكوارث بالنسبة الى الفرد. من هنا فإن عنف الصدمة يرتبط مباشرة بمدى جدية احساس الضحية بالتهديد الفعلي والحقيقي لحياتها. فكلما كان هذا الاحساس

أكثر حدة تقاربت ردود فعل الضحايا بغض النظر عن الكارثة مصدر التهديد.

لكننا، وبعد هذه المقارنة، نعود لنطرح السؤال عن أسباب تركيز الاهتمام على **عُصاب الحرب**، فنجد في طليعة هذه الأسباب أن عصاب الحرب ينتمي الى ميدان علم النفس العسكري، وبالتالي فإنه يتمتع بدعم المؤسسات العسكرية ويستند الى الخلفيات الوطنية المحلية لهذه المؤسسات.

كما نورد سبباً آخر، وهو الطبيعة الميدانية لعصاب الحرب، إذ يلاحظ الباحث الانتشار الوبائي لهذا العصاب في زمن الحرب. مما يضعه أمام مسؤوليات تشخيصه وعلاجه. فلو عدنا الى مطلع القرن الحالي، لوجدنا ان دراسات العصاب الصدمي كانت تقتصر على الصعيد الفردي. ومع بداية الحرب العالمية الأولى، وجدنا الأطباء يواجهون انتشار مجموعة من الأوبئة النفسية التي ما لبثوا أن أطلقوا عليها تسمية «عصاب الحرب». فعلى الجبهة الألمانية، سجل الأطباء اصابة أعداد كبيرة من الجنود الألمان وبعض المدنيين بداء الارتجاف الهيستيري. هذا الذي يبدو في ظاهره وكأنه اصابة دماغية. لكن الأطباء سجلوا فشل كل أنواع العلاج (المتوافرة في حينه) في تحقيق أي تحسن لهذه الحالات، في حين نجح العلاج النفسي في شفاء هذه الحالات. وهذا النجاح كان منطلقاً للعلاج النفسي الجماعي، ذاك أن الأعداد الكبيرة للمرضى لم تكن لتسمح بعلاجهم بصورة فردية(٧).

هكذا كانت بدايات الاهتمام بعصاب الحرب. هذه البدايات التي تدعمت بعد الحرب الأولى من خلال علاج أسرى هذه الحرب. وجاءت الحرب العالمية الثانية لتضع الباحثين أمام أشكال جديدة لعصاب الحرب، فقد تراجعت ردود الفعل الهيستيرية لدى المقاتلين لصالح ردود الفعل النفسية ـ الجسمية (السيكوسوماتية)، إذ سجل الأطباء في كلا الجبهتين ارتفاع الاصابات بالقرحة وارتفاع الضغط وغيرها من الاضطرابات الجسمية النفسية المنشأ. وهذا الانتقال

من الهيستيري الى السيكوسوماتي كان سبباً في إرباك المعالجين النفسيين، وهو طرح عليهم مجموعة من الأسئلة التي لم تجد اجاباتها لغاية وقتنا الحاضر. لكن طرح الأسئلة هو السبيل الى المعرفة. من هنا فان هذه الأسئلة قد ساهمت في دفع الباحثين الى التعمق في ميادين السيكوسوماتيك وفيزيولوجية القلق والعلاج الجماعي والشدة... الخ.

بعد الحرب العالمية الثانية، تحول اهتمام دارسي الكوارث نحو «إعادة تأهيل الأسرى»، خصوصاً الأسرى الخارجين من المعتقلات النازية، وقدمت هذه الدراسات اضافات هامة وأساسية لدراسة الوضعيات الكارثية في حالات الشدة ذات الديمومة. لكن هذه الدراسات ما لبثت أن انحرفت نحو الاستغلال السياسي بحيث ظهرت الآلاف منها التي ابتعدت عن الموضوعية العلمية لتضخم معاناة اليهود من الأسر النازي. واستمر هذا الاستغلال لغاية نشوب حرب فيتنام التي استقطبت اهتمام الباحثين من خلال تطور ردود الفعل السيكوسوماتية لدى المقاتلين بحيث طغت الأمراض الانسدادية (انسداد الشرايين) على باقي المظاهر النفسية والنفسية ـ الجسمية، الأمر الذي طرح تساؤلات جديدة لم تزل حتى اليوم مواضيع بحث.

٦ ـ الحروب الأهلية

تمتاز الحرب الأهلية عن الحرب بين الدول بمجموعة من الخصائص المميزة. في طليعة هذه الخصائص ان الحرب الأهلية هي انعكاس لانشطار اللاوعي الجماعي للمقاتلين. مما يدفعهم الى العمل على استبدال انتمائهم الأساسي بانتماءات فرعية من خلال مشاركتهم في الصراعات الداخلية، التي يؤدي تطورها نحو العنف الى اندلاع الحرب الأهلية.

في ما يلي سنحاول طرح تشخيص تفريقي للصراعات الأهلية، استناداً الى مقارنة اللاوعي الجماعي باللاوعي الفردي، وهذا التشخيص[٨] هو التالي:

أ ـ الكيانات المنفصمة (Schizoide): وتعاني من تناقضات عرقية و/ أو دينية و/ أو فكرية. وهي تهدد بانفجار نوبات عنف من نوع الشيزوفرانيا الاقتصادية ـ السياسية المتمثلة بالحروب الأهلية وعمليات العنف على أنواعها.

ب ـ الكيانات المنهارة (Depressive): وتعاني من تهديد هويتها وشخصيتها القومية مما يدفعها نحو الاحباط حتى درجة اليأس، بحيث يمكنها أن تعمل على إيذاء ذاتها والآخرين بطريقة عشوائية، وصولاً الى قيام الأفراد بارتكاب أعمال انتقامية ضد العدو المفترض الذي يختلف من مجموعة الى أخرى وأحياناً من فرد الى أخر كما يختلف باختلاف الظروف الاقتصادية ـ السياسية.

ج ـ الكيانات الهوسية (Manic): حيث يتظاهر الصراع من خلال هوس التطرف القومي أو العرقي أو الديني. هذا الهوس الذي يتفشى في مجموعات صغيرة نسبياً، لكنها تملك القوة غير العادية التي يملكها المهووسون.

د ـ الكيانات الهيستيرية (Hysteric): حيث لا خلفيات أمراضية حقيقية وإنما هو الصراع على السلطة أو على السيطرة على الآخرين (من مواطنين أو من الدول الأخرى) ومقدراتهم. في هذه الحالة، علينا أن لا نهمل مسألة الإغواء الهيستيري ونجاحاته في السيطرة على الآخرين. كما علينا ان لا نهمل احتمالات بداية الذهان تحت ستار الهيستيريا. أما عن بقية الخصائص، التي تميز عصاب الحرب الأهلية عن عصاب الحرب التقليدية، فإننا نختصرها بالنقاط التالية:

- يتركز عنف الحرب التقليدية على الجبهات وعلى أهداف استراتيجية محددة، في حين يمتد عنف الحرب الأهلية الى الشوارع ويصل الى مكان السكن أو العمل. من هنا فان شدة الحرب الأهلية تهيمن على المدنيين والمتقاتلين

في آن معاً.

ـ تشهد الحرب الأهلية مساهمة المدنيين في القتال. هذه المساهمة تؤثر على الانتماء الوطني بصورة سلبية، مما ينعكس بدوره على صعيد جهاز القيم اذ يتعرض لهزات عديدة. كما أن مشاركة المدنيين تزيد من عشوائية الحرب ومن النتائج السلبية المترتبة على هذه العشوائية.

ـ تتصاحب الحرب الأهلية مع الفرز السكاني بحيث يضطر قسم من السكان في كل منطقة الى ترك أماكن سكنهم والاغتراب (المهجرون) داخل وطنهم أو خارجه. عن هذا الاغتراب تنشأ معاناة فقدان تضاف الى عصاب الحرب وتعقده.

ـ تفجر الحرب الأهلية وضعيات عُظامية (بارانويائية) متنوعة، في مقدمتها العداء الشخصي الناجم عن شعور المدني (مقاتلاً كان أم غير مقاتل) بتهديد حياته من قبل أفراد عايشهم وتعامل معهم طيلة سنوات وربما كان قسم منهم من أصدقاء الأمس.

ـ تساهم الحرب الأهلية في تفكك المجتمع وانحلال عوامل توازنه. ففي حين تؤدي الحرب التقليدية الى تلاحم أبناء البلد في مواجهة العدو، نجد أن الحرب الأهلية تترافق مع رغبة في تدمير استقرار المجتمع والقضاء على توازنه. ويتضخم اختلال التوازن هذا من خلال هجرة الأدمغة ورؤوس الأموال من تهديدات الحرب الأهلية التي لا تعرف مبدأ الالتزام بالحدود او بالجبهات.

٧ ـ الحرب والشلل الاجتماعي

ذكرنا أن الحروب، وخاصة الأهلية منها، تترافق مع اختلال المعايير المرجعية المكونة لجهاز القيم. هذا الاختلال يضاف الى المعاناة الفردية (المنتشرة وبائياً بين الأفراد لدرجة تشابهها في العديد من خطوطها العريضة) فيؤدي الى شلل الفعالية الاجتماعية للأفراد، بحيث يعم قطاعات واسعة من الجمهور.

تفصيل ذلك أن الفرد يشعر بأنه مهدد في استمرارية حياته بسبب أجواء الحرب التي يعيشها (تهديد خارجي)، مما يؤدي الى الانشطار بين أناه الذاتي وأناه الجسدي. بمعنى أنه يبدأ بالتفكير بموته الشخصي طارحاً السؤال المألوف في هذه الحالات عما سيحصل بذاتي (الأنا الذاتي) بعد موت جسدي؟ هذا الانشطار يعيق الشخص عن تبني مفهوم الجماعة (النحن) ويجعله يركز تفكيره في نطاق «الأنا» التي يهددها المجهول بعد انشطارها عن الجسد، مما يغذي الوساوس المرضية (المراق) التي تشهد انتشاراً عارماً أثناء الحروب والكوارث.

أمام هذه المواجهة الكارثية ـ الشخصية، يمكن للشخص أن يتخذ موقف الخضوع فيوجه عدائيته نحو ذاته فتبدأ لديه حالة التكتم (Alexythymie) التي تشجع ظهور الأعراض السيكوسوماتية وتعقيداتها المرضية، أو يوجه عدائيته نحو الخارج، وفي كلتا الحالتين يكون المجتمع (الذي يمثل القيم المشتركة) هو الخاسر، إذ أن الخاضع ينشغل في قلقه ويلتفت نحو ذاته فيعجز عن الخروج من نطاقها، أما المتمّرد فانه يساهم مباشرة في عملية هدم القيم المشتركة.

٨ ـ مفهوم الشدة ومتغيراته

يعود مصطلح الشدة (Stress) الى العالم المجري هانز شيليي[٩] الذي طرح مفهوم الشدة في أوائل الخمسينات وعرفها على النحو التالي: الشدة هي ردة فعل غير محددة تظهرها الحيوانات عند تعرضها للإثارات غير المستحبة، مثل الألم والانارة القوية المزعجة للنظر وغيرها من الاثارات المرهقة.

أ ـ الانعكاسات العضوية للشدة: يلاحظ شيليي أن إرهاق الشدة ينعكس على الصعيد العضوي بالمظاهر التالية: تضخم القشرة الكظرية ونزيف غشاء المعدة وانحطاط وتراجع الأنسجة الليمفاوية والغدة الصعترية (المسؤولتان عن جهاز المناعة).

ب ـ عوامل الشدة: ويقسمها شيليي الى ثلاث مجموعات هي:

١) عوامل الضغط النفسي - الجسدي (مثل الأصوات المزعجة والاصابات والجروح والحوادث والآلام الجسدية... الخ).

٢) عوامل الضغط النفسي (مثل القلق والانهماك والمخاوف والتعرض للأخطار والوحدة والارهاق الفكري... الخ).

٣) عوامل الضغط الاجتماعي (مثل الصراعات المهنية والظروف الحياتية المعيشية الصعبة والخلافات العائلية وصعوبات العلاقات الاجتماعية والشخصية والمهنية... الخ).

ج ـ **مراحل تطور آثار الشدة:** يقسم شيلبي انعكاسات الشدة الى ثلاث مراحل:

ـ **المرحلة الأولى:** وتتمثل بردة فعل هي بمنزلة الانذار، وتتجلى بتحريك الجسم لقدراته من أجل التصدي لعوامل الشدة.

ـ **المرحلة الثانية:** وتعقب سابقتها في حال استمرار تأثير عوامل الشدة، وهي تقتضي تعبئة كافة قدرات الجسد لمواجهة هذه العوامل.

ـ **المرحلة الثالثة:** وتسمى بمرحلة الاستنفاد، وتتميز باستنفاد قدرات الجسم على التكيف مع العوامل الشدية، مما يجعل الجسم عاجزاً عن التفاعل أو حتى عن اعطاء الأجوبة على هذه المثيرات.

وفي حال استمرارها، يمكن لهذه المرحلة أن تفضي الى الموت.

وكان شيلبي قد أطلق مصطلح تناذر التكيف (Adaptation) على مجمل ردود الفعل، بمراحلها الثلاث، أمام الشدة.

أمراض الحرب ـ نماذج عيادية

إن الحديث عن أمراض الحرب النفسية يستتبع الحديث عن اضطراباتها النفسية - الجسمية (السيكوسوماتية) بحيث يتشعب الموضوع ويتداخل مع دراسات الشدة والكوارث والأنماط السيكوسوماتية وغيرها. من هنا لجوءنا الى

التركيز على بعض الحالات العيادية التي تشكل اطاراً نموذجياً لدراسة المظاهر النفسية والجسدية المتفرعة عن عُصاب الحرب، مع تحديد دور البنية الأساسية للشخصية في تشجيع هذه المظاهر وترسيخها في هيكليات عصابية نمطية كانت أم غير نمطية.

١ ـ أمراض الحرب ـ النموذج اللبناني

امتازت الحرب اللبنانية بمدتها الطويلة وبتغييرات عميقة في منطلقاتها إذ تراوحت بين القومية والطائفية لتتحول الى مذهبية، ومنها الى الصراع داخل المذاهب وصولاً الى ارتدائها لثوب الحرب الاقتصادية. مع ذلك لاحظنا أن لبندقية الحرب الأهلية اللبنانية مرونة وقدرة على التكيف مع مختلف هذه المنطلقات.

إن متابعتنا لهذه الوقائع بمراحلها المتوزعة على سبعة عشر عاماً، اجبرتنا على اعتماد رؤية عيادية خاصة لتصنيف أمراض الحرب. هذه الرؤية فرضها علينا مرضى يطلبون العلاج كما فرضتها علينا ضرورة ارساء مبادئ وقائية للمتعرضين لضغوطات هذه الحرب. من هنا يمكننا تصنيف أمراض هذه الحرب على النحو التالي:

أ ـ أمراض ناجمة عن الظروف المعيشية (اجتماعية ـ اقتصادية بما فيها انهيار البنى التحتية وتدني مستوى الرعاية الصحية). في هذا الاطار تدخل أمراض مثل الجرب وغيره من الأمراض المعدية والأوبئة والأمراض الناجمة عن تلوث المياه، دون أن ننسى دور هذه الظروف كعوامل شدية من الدرجة الأولى.

ب ـ الأمراض الناجمة عن المواجهة المباشرة لشدائد الحرب (القصف، السيارات المفخخة، الاعتقال وغيرها من الشدائد).

ج ـ الأمراض الناجمة عن خلل أساسي في التوازن النفسي ـ الجسدي للشخص هذا الخلل الذي جاءت شدائد الحرب لتكون مناسبة لتفجيره واعادة

احيائه وربما تعميقه وتعقيده.

د ـ الأمراض الناجمة عن مواجهة الشدائد بشكل متكرر والتي تتدعم من خلال ارتباطها بتجارب كارثية سابقة.

هـ الأمراض الناجمة عن استمرارية معايشة الشدائد لفترات طويلة.

من هذه الفئات الخمس، انتقينا اضطرابات معينة وفق المعايير التالية:

١ ـ الاضطرابات الأكثر انتشاراً أو التي نتوقع ارتفاع نسب الاصابة بها وفقاً لتجارب الدراسات السابقة في علم نفس الحروب والكوارث.

٢ ـ الاضطرابات التي تشكل تهديداً مباشراً للتكامل الجسدي أو العقلي وإن لم تكن بعد واسعة الانتشار.

٣ ـ الاضطرابات التي تشكل طوارئ طبية من الدرجة الأولى.

٣ ـ الوساوس المرضية (الهجاس)(*)

تشهد هذه الوساوس انتشاراً واسعاً في مجتمعات الحروب (٣٢٪ من مجمل زوار عيادتنا). وهي تتصدر واجهة الشكاوى العيادية في هذه المجتمعات مما يجعلها في مقدمة الهواجس العيادية للمعالجين العاملين في هذه المجتمعات. في عودة الى العيادة اللبنانية، نلاحظ ان لهذه الوساوس خاصيتها التي تميزها والتي كان من شأنها إرباك المعالجين واجبارهم على تبني رؤية دينامية في ما يتعلق بهذا الاضطراب. وقد تم هذا التبني بعد فشل مبدأ اللجوء الى الجرعات الدوائية الأكبر أو الى الأدوية الأقوى تأثيراً. هذا وتتلخص رؤيتنا الدينامية لهذه الاضطراب بالنقاط التالية:

١ ـ **هيكلية الاضطراب**: إن فهم هيكلية الاضطراب هو شرط أساسي

(*) خصصنا الفصل الثاني لمناقشة هذا الموضوع بوضعه مصير الصدمة (شكلها المزمن).

لفهم معاناة المريض وللمشاركة الايجابية في دعمه وعلاجه. هذا الفهم قد يتعرقل بسبب العلائم العصابية التي تصاحب الاضطراب عادة، مما يطرح أزمة تشخيصية يمكن تجنبها، في حالة الوساوس المرضية، عن طريق تحري العوامل التالية:

ـ **تحري وضعية الكارثة:** ونقصد بها تحديد الوضعية التي جعلت المريض يحسّ بأنه حياته مهددة وبأنه مقبل على الموت هنا والآن، مما يستوجب سؤال المريض عن تاريخ ظهور أولى بوادر الوساوس، ومن ثم تعقب علاقة هذا الظهور بوضعية الكارثة، خصوصاً في حال ملاحظتنا لتمازج الخوف من الموت بالخوف من الجنون، لأن هذا التمازج يؤكد لنا وجود صدمة نفسية مسؤولة عن ظهور الوساوس، حتى لو أنكرها المريض أو نسيها أو حاول التقليل من شأنها. هذا دون اهمال امكانية تعرض المريض لصدمات متكررة، قد يكون بعضها قديم العهد.

ـ **تحري حالات المرض النفسي:** يمكن لهذه الحالات أن تظهر بشكل يشبه النوراستانيا أو بشكل هيستيري. وفي كلتا الحالتين قد تكون أساساً لظهور الوساوس المرضية. ويشبه العالم سوندي ذلك بالجدول الذي تظهر مياهه الى السطح (على شكل نوراستانيا بأنواعها) ثم تعود جوفية وتظهر في مكان آخر (على شكل وساوس مرضية). في هذا السياق، من الطبيعي ان يكون للعوامل الشدية، خصوصاً الصدمة، دور في عودة هذه المظاهر.

ـ **التفريق بين العلائم الاساسية والعلائم الراهنة:** إن علائم الصدمة هي علائم ناجمة عن حدث حياتي معين (هو الحدث الصدمي). وهي لم تكن لتظهر لولا هذا الحدث، ومن هنا تسميتها بالراهنة، لكن الحدث الصدمي يمكنه أن يعيد إحياء علائم عُصابية كامنة (ربما تعود الى عهد الطفولة)، وهذه العلائم هي المقصودة بتسمية الأساسية. لذا اقتضى التفريق بين هذين النوعين من العلائم تجنباً لمأزق تشخيص الحالة كعصاب أساسي (خصوصاً هيستيري) واهمال

المظاهر والعلائم الراهنة. فعندها يؤدي خطأ التشخيص إلى خطأ العلاج.

٢ ـ الخلفية النفسية للوساوس المرضية: هنا يطرح السؤال «لماذا يصاب البعض بهذه الوساوس في حين ينجو منها آخرون تعرضوا للأحداث والضغوطات نفسها؟

إن الجواب على هذا السؤال يحتاج الى مناقشة نظرية متعمقة، لذا نختصر تحليلنا لهذه الاصابة بعرض العوامل المشجعة لظهورها وهي: خلفية نفسية (أو بنية نفسية ـ جسدية أساسية) من نوع النوراستانيا و/أو خلفية نفسية ذات علائم عظامية (بارنويائية) و/أو وجود عوامل جسدية، عضوية أو وظيفية، مثل ضمور الغدة الجنب درقية واضطرابات افراز المبيض وانخفاض نسبة الكلس أو زيادة نسبة الماغنيزيوم واضطراب التوازن القلوي الحامضي... الخ.

٣ ـ علاج الوساوس المرضية: يستند هذ العلاج الى الخطوات التالية:

أ ـ تفهم المريض: يعاني هذا المريض من احساس بعجزه عن وصف معاناته للأطباء مما يستتبع اعتقاده بأن أحداً منهم لم يستوعب حالته على حقيقتها. من هنا أهمية اقناع المريض بقدرة المعالج على الفهم الدقيق لحالته.

ب ـ التفريق بين العلائم الأساسية والراهنة: فالعلائم الأساسية قد تجذب اهتمام المعالج وهي تستجيب عادة للعلاج الدوائي (مضادات القلق والانهيار). هذا العلاج يؤثر مؤقتا على العلائم الراهنة التي لا تلبث أن تعاود الظهور مشجعة عودة ظهور العلائم الأساسية.

ج ـ تفريغ الحزن غير المستنفد: بعد تحديد الحدث، أو العلائم، المؤدية الى ظهور الوساوس، تبدأ عملية تفريغ الحزن غير المستنفد، سواء عن طريق التطهير (علاج يتكئ على بعض مبادئ التحليل) أو عن طريق ازالة التحسس (علاج سلوكي) أو غير ذلك من وسائل العلاج النفسي لمثل هذه الحالات، مع التشديد

على الآثار الايجابية، والداعمة لهذه العلاجات ـ سنتحدث عنها بالتفصيل في الفصل الرابع.

٣ ـ الذهانات العابرة

في حالات الصدمة العنيفة، يحس المصدوم، بأن تهديد الموت هو تهديد صاعق ومباشر وغير ممكن التجنب. أمام هذا الاحساس، تحدث حالة من استنفار القوى الذهنية التي تتبدى بوضوح على صعيد الذاكرة، ويترافق التعرض للصدمة مع حالة تضخم الذاكرة (Hypermnésie). بعد النجاة من الصدمة، يتحول هذا التضخم الى فقدان ذاكرة جزئي يطال ظروف الحادث، أو كلي في حالات نادرة. هذا الاضطراب التذكري هو في الواقع انعكاس لاضطراب عام في القوى الادراكية ـ المعرفية ويتجلى أحياناً بمظاهر ذهانية، مما يضع المعالج أمام أشكالية تشخيصية معقدة، خلاصتها كيفية التمييز بين الذهان العابر وبين الذهانات التقليدية التي تكون كامنة لغاية تفجرها بسبب الصدمة. خصوصاً وأن علاج هذه الحالات يرتبط مباشرة بتشخيصها. لذلك رأينا من المفيد أن نعرض هنا لتجربتنا في مجتمع الحرب اللبنانية المتعلقة بهذه الحالات.

أولى الملاحظات التي سجلناها في ما يخص حالات الذهان Psychoses العابر هو أن مظاهره موزعة على الفئتين التاليتين:

أ ـــ الأعراض الذهانية الهامشية: لدينا من الدراسات الشخصية الموثوقة ما يثبت أن غالبية المظاهر العيادية المرافقة لحالات الذهان العابر (عقب التعرض لشدائد الحرب) لم تخرج عن نطاق الأعراض الذهانية الهامشية، وهي اعراض ذهانية (عقلية) بالمعنى العريض للكلمة. من اهم هذه الأعراض نذكر انعدام الاستيعاب (Derealisation) وتفكك الشخصية (Depersonalisation).

هنا لا بد من التأكيد على ان هذه الأعراض يمكنها أن تدعم تشخيص الذهان، لكنها تجبر المعالج على التفكير في تفسيرات دينامية لها عندما تكون

عابرة. فاذا عدنا الى الحالات الذهانية العابرة التي عايناها في مجتمع الحرب، فاننا نجد أن التفسير الدينامي الأشمل والأدق هو الذي يربط بين النكوص Régression (الناجم عن تضخم الذاكرة في هذه الحالات والذي يمكنه أن يتدعم في حال الشخصية التي تملك قدرة مميزة على النكوص) وبين هذه المظاهر الذهانية.

ب ـ الأعراض الذهانية البحتة: وتحديداً الهذيان والهلوسات التي تشكل العلائم الذهانية العظمى. وهي عوارض نادرة في حالات الذهان العابر، إذا ما وجدت، تكون على علاقة بظروف الكارثة. مثال ذلك أن المحارب، المصاب بالذهان العابر، يظهر هلوسات سمعية وينظم هذيانات على أساس ما جرى له أثناء الكارثة. فهو قد يسمع أوامر قائده أو صراخ رفاقه أو اتهامات موجهة لشخصه تتهمه بالجبن والتخاذل... الخ. وهذه المظاهر البحت تقبل بدورها التفسير الدينامي الذي طرحناه لسابقتها، أي أنه من الممكن مقارنتها بحالات النكوص ـ التثبيت. الأمر الذي يدفعنا الى اقتراح تعديل التصنيف الأميركي للاضطرابات النفسية الذي يتجاهل دلالات الفترات الذهانية العابرة[١٠].

أما عن العلاج الذي نقترحه لهذه الحالات فهو عبارة عن دورات التنويم (تنويم المريض لمدة تتراوح بين أسبوع وأسبوعين)، لأن لهذا العلاج نتائج على أكثر من صعيد، اذ تمثل بحد ذاتها علاجاً للمظاهر الانهيارية وتجنب المريض احتمال فقدانه لتوازنه العقلي وهو احتمال كارثي بحد ذاته. كما يتيح هذا العلاج الفرصة للمريض كي يعقل الكارثة مما يحميه من الانعكاسات النفسية والبسيكوسوماتية، القريبة والبعيدة الأمد، لهذه الكارثة.

٤ ـ الاضطرابات السيكوسوماتية

عندما تتكرر الظواهر، تعجز عن ردها الى مبدأ المصادفة. ونجد أنفسنا منساقين وراء دراسة هذه الظواهر وأسباب تكرارها. هذا ما يحدث تماماً في

عيادة الحرب حيث نلاحظ تنامياً كبيراً في نسب الاصابة بالاضطرابات والأمراض النفسجسمية (السيكوسوماتية) حتى يبدو تجاهل هذه الزيادة نوعاً من السذاجة، خصوصاً عندما نقرأ هذه الزيادة وتكرارها في كافة أدبيات علم نفس الحروب والكورات.

مع ذلك، وبالرغم من المعطيات الموثوقة التي نملكها في هذا المجال، فاننا سنكتفي بمجرد عرض هذه الظواهر. وبذلك نتجنب الإطالة كما نتجنب الإغراق في الجدل النظري.

أ ـ **الموجات الوبائية:** هنالك عوامل عديدة تدعم انتشار هذه الموجات في مجتمع الحرب. في طليعة هذه العوامل يأتي ضعف المناعة الذي يصاحب التعرض لشدائد الحرب. كما نذكر في هذا المجال اضطرابات السلوك الصحي بتأثير الشدة، وهي اضطرابات تتراوح بين اهمال القواعد الصحية الأساسية وبين اللجوء الى الاكثار من المسممات بحثاً عن دعمها في مواجهة الشدة.

بهذا يمكننا تفسير الموجات الوبائية (الكلب، التيفوئيد، الكوليرا، الجرب... الخ) التي اجتاحت لبنان خلال فترات حربه الأهلية.

ب ـ **الأمراض الانسدادية:** وهي الأمراض الناجمة عن انسداد شريان أو أكثر بحيث يؤدي ذلك الى موت المنطقة التي تتغذى بالدم الوارد اليها عن طريق هذا الشريان. من هذه الأمراض، نذكر خصوصاً الذبحة والاحتشاء القلبي والسكتة الدماغية وجلطة الأطراف، هذه الأمراض التي ازدادت بنسبة ١/٨[*] في مجتمع الحرب اللبنانية[١١]. كما تستوقفنا في العيادة اللبنانية واقعة انخفاض متوسط عمر المصاب حيث انتشار هذه الإصابات لدى شباب بعضهم دون العشرين. أما عن آلية تفسير العلاقة بين شدائد الحرب وهذه الزيادة فان الأطباء

(*) اي ان نسبة الامراض زادت اثناء الحرب اللبنانية ثمانية اضعاف ما كانت عليه قبل الحرب.

يعترفون اليوم بالشدة Stress كعامل من عوامل خطر الإصابة بالأمراض الانسدادية. كم أن شدائد الحرب تشجع المتعرضين لها على اعتماد النمط السلوكي المؤدي الى الإصابة بهذه الأمراض(١٢).

ج ـ **القرحة:** تؤكد الدراسات الطبية على كون الشدة واحداً من أهم عوامل خطر الإصابة بالقرحة، كما تذكر أدبيات علم نفس الحروب ازدياد الإصابة بالقرحة خلال الحرب العالمية الثانية، فعلى الجبهة الانجليزية، بلغت هذه الزيادة نسبة ٤ الى ١. أما على الجبهة الألمانية، فقد اضطر الالمان لإنشاء مخيمات خاصة لعلاج الجنود المقروحين. الى هذه المعطيات، نضيف ملاحظتين سجلناهما في مجتمع الحرب اللبنانية(١٣):

١) ظهور قرحة المعدة لدى الأطفال دون السن المدرسية.

٢) زيادة لافتة في الاصابة بقرحة الأمعاء أو مرض كرون.

د ـ **عثرة القلب:** ان انعكاسات الشدة على الصعيد الجسدي لا تقتصر على ردود الفعل الفيزيولوجية المباشرة أو على الأمراض العضوية المستقرة مع مرور الزمن، بل ان بعض هذه الانعكاسات يمكنها ان تكون عضوية ومباشرة ومهددة للحياة. كمثال على ذلك، الاصابة بعثرة القلب (Etrasystol) مباشرة بعد التعرض للصدمة.

احدى هذه الحالات لمريض في الخمسين من عمره كان ينتظر دوره من أجل مراجعة دورية لطبيب القلب، عندما دوى انفجار سيارة مفخخة لحظة بداية فحصه. وتزامنت بداية التخطيط القلبي مع وصول سيارات الاسعاف والضجة المصاحبة لوصول ضحايا الانفجار. عندها لاحظ الطبيب ظهور عثرة القلب على التخطيط بعد أن كانت بدايته طبيعية، ولكنها سريعة النبض بالمقارنة مع الفحوصات السابقة.

بعد هذه الواقعة، أرفقنا العلاج عن طريق ازالة التحسس (حيث كان

يجري اسماع المريض لأصوات الانفجارات والمعارك مسجلة على كاسيت) بتخطيط القلب، فلاحظنا ان مجرد سماع هذه الاصوات كان كافيا لظهور عثرات القلب على التخطيط لدى ٨٪ من المتعالجين. الأمر الذي اضطرنا لاعتماد وسائل أخرى في علاجهم.

هـ ـ **قصور المناعة**: تتكرر الملاحظات حول العلاقة بين شدائد الحرب وبين قصور الجهاز المناعي لدى الاشخاص المتعرضين لهذه الشدائد. لكن هذه الملاحظات لم تتحول نحو الدراسات العلمية المنهجية إلاَّ مع بداية الستينات، عندما نشر **فيشنر** و**كلوتز** بحثهما المشترك حول الاصابة **بالهرم المبكر** لدى بعض الناجين من شدائد الاعتقال إبَّان الحرب العالمية الثانية[١٤]. في حينه، قصر الباحثان اهتمامهما بالهرم المبكر، لكنهما اضطرا لتقديم الوصف التقليدي للآليات والعمليات الداخلة في مجال المناعة النفسية وان كان هذا الوصف في سياق الحديث عن الهرم المبكر. ثم توالت الدراسات المتعلقة **بالمناعة النفسية** حتى تكاد تشكل حقلاً منفرداً للبحث، خصوصاً بعد تمحور الدراسات حول العلاقة بين الحالات الانهيارية وبين الجهاز المناعي[١٥] من هذا المنطلق، عمدنا الى مقاربة موضوع قصور المناعة كوجه من وجوه اختلال التوازن النفسي ـ الجسدي لدى ضحايا الحرب. فاستناداً الى العلاقة بين القدرة على مواجهة الشدائد وبين الاستجابات المناعية الضعيفة تجاه اللقاح وأيضاً استناداً الى دراسات سابقة، قمنا بتطبيق اختبار قمع الديكساميتازون (D.T.S) بهدف تشخيص حالات «الانهيار المقنَّع» حيث تتقنع المظاهر النفسية بقناع الاضطراب الجسدي، الذي يعجز الأطباء العضويون عن ايجاد أي أساس عضوي له. من خلال هذه الدراسة، تبين لنا ان المصابين بهذا النوع من الانهيار، وهم كلهم متكتمون (Alexythymie)، هم الأكثر تعرضاً لقصور المناعة وللأمراض المرتبطة بها (أمراض معدية، سرطانات، اضطرابات غددية... الخ)، إذ كانت أجسامهم تعجز عن قمع

الديكساميتازون، وهذا العجز كان، في حالة هؤلاء، العارض العضوي الموضوعي الوحيد الذي يمكن تسجيله.

٥ ـ تناذر السيارة المفخخة[١٦]

إن تعددية المصطلحات المشيرة الى الوضعية النفسية نفسها، باتت مربكة للاختصاصيين أنفسهم. ففي مجال علم الحروب والكوارث، يلاحظ الباحث هذه التعددية الناجمة عن أسلوب الوصف العشوائي لردود الفعل النفسية امام الشدائد وهذا الأسلوب يبعثر المظاهر النفسية ويفقدها ترابطها واحتمالات التبادل بينها وتطورها الدينامي المشترك. لذلك رأينا أن نعرض لهذه المظاهر من خلال مثال ذي دلالة مميزة وهو مواجهة صدمة انفجار سيارة مفخخة. هذه المواجهة التي أطلقنا عليها تسمية «تناذر السيارة المفخخة».

أ ـ استخدامات السيارة المفخخة: لعل أولى العربات المفخخة هي تلك التي استهدف انفجارها نابليون، فاذا تتبعنا استخداماتها لوجدناها تتراوح بين الاغتيال وبين الإرهاب مع ما يعنيه هذا الاستخدام من تحدي قدرة السلطة القائمة على تأمين النظام والأمن ومن تقويض لدعائم هذه السلطة. على أن تحقيق هذه الأهداف لم ينحصر في السيارات المفخخة بل تعداها الى العبوات الناسفة والرسائل المفخخة وأحياناً إحداث انفجارات صوتية تعطي دويّ الانفجار دون التسبب بالأذى. في سياق حديثنا عن تناذر السيارة المفخخة، سنستبعد الانفجارات ذات الأهداف العسكرية كما سنستبعد الانفجارات التي لا تستهدف المدنيين لنركز على انفجار السيارة المفخخة وهو الأقوى بالمقارنة مع انفجار العبوات الناسفة التي تكون صغيرة عندما تستهدف المدنيين (بهدف تجنب لفت الأنظار لها قبل انفجارها).

ب ـ الانفجار والتوازن النفسي: لكل حاسة من الحواس البشرية عتبتها الخاصة بحيث تستطيع هذه الحاسة وعي المؤثرات ضمن حدودها.

حاسة السمع من جهتها تستطيع استقبال مؤثرات أقوى من تلك التي تستطيع باقي الحواس استقبالها. من هنا كان لحاسة السمع قدرتها المميزة على استثارة الجهاز العصبي. هذه القدرة التي تترجم تجريبياً، لدى سماعنا للأصوات فائقة القوة بردود الفعل التالية: ١) خفقان القلب ٢) عثرة التنفس ٣) الشعور بالدوار ٤) الشعور بالضغط على الرأس وصولاً الى آلام الصداع ٥) تشجيع الاستعداد النفسي للاكثار من المسممات ومن مواد الادمان.

ولهذه المظاهر تفسيرها البيولوجي، حيث تؤدي الشدة الناجمة عن صوت الانفجار، الى تهيج الغدة النخامية مما يشجع افراز الادرينالين، المسؤول عن هذه المظاهر. ففي هذه الحالات، وتحت تأثير الادرينالين، ينشط نبض القلب ويقوم الجسم بتحويل كميات اضافية من الدم الى الدماغ والعضلات، مما يؤدي الى توتر العضلات وخصوصا عضلات الظهر والعنق والكتفين. كما يصبح التنفس ضحلاً ومتعثراً بسبب الانفعال والتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة. هذا ويُشبِّه بعض الباحثين حالة الاستنفار العصبي، الذي يعقب سماع دويّ الانفجار، بحالة الاستنفار الفيزيولوجي لدى وضع قطع من الثلج على ظهر الشخص بصورة مفاجئة. لكن حالة الاستنفار هذه تكون أكثر تطوراً وتعقيداً في حالة الانفجارات الكبيرة، وهذا ما سنلاحظه من خلال الفقرات التالية المخصصة لردود الفعل أمام انفجار السيارة المفخخة.

ج ــ **ردود الفعل الأولية:** يمكننا تقسيم هذه الردود تقسيماً زمنياً على الرغم من تداخلها. ففي اللحظة الأولى بعد الانفجار، تظهر لدى المصدومين حالة من التخدير الحسي ـ العاطفي تعقبها فترة انعدام الاستيعاب لتبدأ بعدها المظاهر الهيستيرية وصولاً الى القدرة على وعي ردود الفعل الجسدية المذكورة أعلاه. هذا التواتر يصفه كافة المتعرضين لصدمة وكأنه مرور في حالة من الجمود التام حركياً ونفسياً موازية للحالة التي يسميها مينكوفيسكي بالتخدير الحسي.

وهم يعجزون عن تحديد مدة هذا الجمود، الذي يخرجون منه وهم عاجزون عن استيعاب ما جرى وخصوصاً لجهة التغيرات الناجمة عن الانفجار. بعد ذلك نجدهم يصفون ردود فعل نفس ـ حركية مختلفة باختلاف الأشخاص ومنتمية الى ميدان الهيستريا، ومنها ينتقلون الى وصف أحاسيسهم الجسدية.

د ــ **ردود الفعل القريبة الأمد:** في الأيام التي تلي الانفجار، تتاح للباحث فرصة التقاء مجموعة أوسع من المتعرضين للصدمة بعد مرور أيام قليلة على حدوثها، الأمر الذي يسمح له بمعاينة ردود الفعل القريبة الأمد لهذه الكارثة على عينة أوسع من الضحايا. ونلاحظ ردود الفعل التالية:

ـ **صعوبات التفكير المنطق (صعوبات التعقيل):** التي تكون عادة مناسبة لاعادة إحياء أو لتفجير أمراض جسدية كامنة، مثل نوبات الربو والقرحة وارتفاع الضغط والشقيقة... الخ).

ــ **مظاهر الارتباك:** خصوصاً التردد والحيرة التي تغذي الشعور بالدوار ومعاودة آلام الشقيقة.

ــ **مظاهر القلق ــ الانهيار (الاكتئاب).**

ــ **قصور القدرة على المبادرة (Apathie).**

ــ **اهمال على الصعيد المهني.**

ــ **اضطرابات النوم** (مع أو بدون ظهور الكوابيس والأحلام المزعجة).

ـ استمرار بعض المظاهر الهيستيرية مع قابليتها للتحول الى عصاب رهابي

ـ هيستيري يتركز خصوصاً على الخوف من الانفجارات والأصوات العالية والمزعجة(١٧).

هذه العلائم تنعكس على السلوك العام حيث أن دويّ الانفجار يرهب أعداداً كبيرة من الناس حتى وإن لم يتعرّضوا له بصورة مباشرة.

ومن مظاهر هذا السلوك العام نذكر:

- يتجنب الجمهور المنطقة التي حصل فيها الانفجار حتى تكاد تخلو من المتجولين لمدة أسبوعين عقب الانفجار كمعدل وسطي. وبما أن هذه الانفجارات تحدث عادة في الأماكن المكتظة، فان بالإمكان ملاحظة الفارق الكبير في عدد رواد هذه الأماكن.

- في الأيام التالية للانفجار، يحاول السكان منع وقوف السيارات التي لا يعرفون اصحابها.

- تزداد حساسية السائقين أمام ازدحام السير، مما يؤدي الى ازدياد ملحوظ في استعمال منبه السيارة ومشاكل السير وحتى حوادثه.

- تزداد الشكاوى المرضية - الوظيفية والهيستيرية في عيادات الطب العام.

هـ - ردود الفعل المتوسطة الأمد.

بعد مرور بضعة أسابيع على الانفجار، نلاحظ تراجع العديد من المظاهر المباشرة والقريبة الأمد. هذا التراجع يأتي نتيجة الجهود التي يبذلها الجهاز النفسي - الجسدي لتعقيل الكارثة وهضمها على الصعيد الفكري. لكن هذا التراجع لا يكون كاملاً، كما أنه لا يلغي القلق التوقعي الذي يظهر على السلوك الشخصي والعام بالمظاهر التالية:

- **الشعور بعدم الاطمئنان:** يؤدي بدوره الى سلوك يقظة زائدة بهدف تجنب اخطار احتمالات حدوث انفجار آخر. هذا السلوك هو استمرار للخوف من الانفجارات.

- **الشعور بالذنب أمام ضحايا الانفجار:** يحس الناجون من الانفجار بأن نجاتهم كانت محض صدفة، مما يغذي مشاعر الذنب تجاه ضحايا الانفجار.

- **المشاعر السلبية:** الغضب والثورة والرغبة في الانتقام هي مشاعر طبيعية

في هذه الفترة وهي تتوجه نحو العدو المفترض بأنه وراء الانفجار.

ـ **الانتكاسات السيكوسوماتية:** إن استمرار معايشة الصدمة، وان بمظاهر وأشكال مختلفة، من شأنه أن يؤدي الى الانتكاسات النفسية ـ الجسدية، وفق جدول مراحل الشدة (راجع فقرة مفهوم الشدة في هذا الفصل).

ـ **الاضطرابات التذكرية:** تظهر هذه الاضطرابات بأشكال مختلفة وهي تزداد في حال تلازم شدة الصدمة النفسية مع اصابة جسدية.

و ـ ردود الفعل الطويلة الأمد.

يتعلق تحديد هذه المظاهر بمجموعة من العوامل التي تحددها الاجابة عن الاسئلة التالية: ١) حدة معايشة الانفجار ٢) هل يوجد اضطراب أساسي ٣) هل سبق للشخص أن تعرض لصدمة أو لصدمات سابقة ٤) هل أصابه الانفجار جسدياً (ولو إصابة طفيفة) ٥) هل أصيب أحد أعزائه في الانفجار وما مدى اصابته ٦) هل رأى الانفجار أو ضحاياه خلال الساعات الأولى من حدوثه ٧) على أية مسافة من الانفجار كان موجوداً ٨) هل شارك في عمليات الانقاذ ٩) ما هي الحدود الموضوعية للخطر الشخصي عليه بسبب الانفجار ١٠) عمر الشخص وجنسه[١٨].

لكن تحديد هذه العوامل غير كاف لتحديد المظاهر المحتملة الظهور على المدى الطويل، اذ تتراوح هذه المظاهر ما بين العلائم الهيستيرية البسيطة وبين الأمراض الجسدية الخطرة مثل امراض المناعة كما تشير الى ذلك دراسات فيشر وكلوتز.

تشخيص العُصاب الصدمي وعلاجه

قبل ابداء الرأي في هذا المجال، نجد من الملائم أن نعرض لمناهج البحث المطروحة عالمياً لدراسة حالات الصدمة.

مناهج البحث في حالات الكارثة

يعترف الباحثون في هذا المجال بالصعوبات التي تواجه ارساء منهجية أساسية موحدة لدراسة الحالات عقب الصدمية. لكن هذا الاعتراف لم يمنع بيفرلي ومشاركوه من محاولة ارهاص أولية لمثل هذه المنهجية(١٩).

من جهتهم، فان العياديين العرب لا يستطيعون تجاهل مثل هذه الحالة، خصوصاً أن مكتبتنا العربية فقيرة بالدراسات المتعلقة باضطرابات الضغوط الكارثية وبالحالات عقب الصدمية لكنهم يجدون أنفسهم عاجزين عن استخدام هذه الاقتراحات المنهجية بسبب الاشكالات التي تحول دون تطبيقها. من هذا التعارض تنشأ ضرورات التعرف الى هذه الاقتراحات المرتبطة بضرورات تعديلها وفق حاجات العيادة العربية وظروفها الثقافية.

من حيث المبدأ، نجد أن المنهجية التي يقترحها كل من بيفرلي ومشاركوه، تعتمد على تحديد العوامل التالية:

أ ـ ابعاد الكارثة: أي طبيعة الكارثة وحجمها ونتائجها لجهة عدد الضحايا والاصابات وحجم الدمار والخسائر.

ب ـ قدرة الكارثة على توليد الشدة: حيث استخدمت الأبحاث مقياساً عاماً للشدة الذاتية على ميزان من ١ الى عشر نقاط.

ج ـ السلوك خلال الكارثة: أي أسلوب الشخص في التعامل مع الحدث الكارثي أثناء وقوعه.

د ـ ردود الفعل المباشرة بعد الكارثة بأبعادها المختلفة: بما في ذلك التجارب النفسية الداخلية وردود الفعل الظاهرة على السلوك الخارجي.

هـ ـ تحديد سبل تأمين الوقاية والعلاج: بالنظر الى الأعداد الكبيرة لضحايا الكوارث الكبرى ونظراً لمحدودية الامكانات المتوافرة لمواجهة هذه

الحالات المفاجئة، فانه من الواجب العمل على تحديد المجموعة الأكثر احتياجاً للمساعدة والعلاج من ضمن المتعرضين للكارثة.

و ـ تحديد تأثير الاضطرابات السابقة للكارثة على نتيجة الصدمة.

ز ـ ماهية المساعدة التي تنتظرها الضحية ومن قِبَلْ من؟

ح ـ استمارة الفحص الاحصائي.

ط ـ قياس القدرة على التكيف عقب الكارثة.

ك ـ المعطيات الاحصائية المساعدة والاضافية.

ل ـ المقاييس الخاصة بالأطفال.

ومما لا شك فيه أن هذه المحاولة تشكل اضافة هامة الى أدبيات علم نفس الحروب والكوارث، ولكنها تعاني من الثغرات التي تجعل تطبيقها مستحيلاً في العيادة العربية. وفي ما يلي عرض لهذه الثغرات:

أ ـ يمتاز كل نوع من أنواع الكوارث بآثار شدية مختلفة كما تمتاز الكوارث المتشابهة بآثار شدية مختلفة بحسب حدتها ولحظة حدوثها والبيئة الثقافية التي تحدث فيها، وأيضاً بملكية الضحايا لخبرات سابقة أمام كوارث مماثلة وبمدى استعدادهم المسبق لمواجهة الكارثة.

ب ـ تعتبر الكارثة كارثة بمقدار تهديدها للحياة، فهي إذاً مرتبطة مباشرة بمفهوم الموت. من هنا ضرورة تمييز منهجية عربية خاصة تتلاءم مع مفهوم ثقافتنا للموت.

ج ـ تعتمد المنهجيات الأجنبية على اختبارات ومقاييس مقننة في المجتمعات الأجنبية وغير مقننة في مجتمعنا العربي.

د ـ إن اختلاف الاختبارات والمقاييس الاجنبية إنما ينبع من اختلاف

المنطلقات النظرية في التشخيص، وبالتالي فإنه يعكس اختلاف المدارس.

إن مجمل هذه الأسباب يطرح على العياديين العرب مهمة ملحة تتلخص في ضرورة ارساء منهجية عربية خاصة لدراسة الحالات الكارثية. من هذا المنطلق، نضع بين أيديهم نتائج تجربتنا في مجتمع الحرب اللبنانية من خلال اقتراحنا للمقابلة العيادية التالية لفحص المصدومين العرب.

مقابلة مقترحة لفحص المصدومين العرب

إن تكرار تعرض الشعوب العربية للكوارث الحربية والمعنوية والطبيعية، يضع الاختصاصي العربي امام مسؤوليات متشعبة، منها ايجاد وسائل الوقاية والتشخيص والعلاج والتدخل الفاعل لتقنين الانفعالات وتوجيه اثار الكارثة وانعكاساتها في السبل الصحيحة الآيلة الى توجيه هذه الانفعالات في الاتجاه الصحيح الذي يدعم السلوك الايجابي والصحي قبل الكارثة واثناءها وبعدها.

ان تجربتنا غير كافية لتحديد منهجية عربية متكاملة لدراسة الكارثة، لذا سنكتفي باقتراح مقابلة عيادية لفحص المصدومين العرب (انظر المقابلة السيكاترية المقترحة في الفصل الثالث).

اولاً: ظروف المقابلة

يجب أن يشارك في المقابلة طبيب نفسي او اختصاصي نفسي - عيادي ومعه طبيب مدرب على التعامل مع حالات الطوارئ الجسدية والنفسية، على ان يكون الاثنان من المعتادين على العمل في بيئة وظروف المجتمع المتعرض للكارثة. هذا الاعتياد لا يعني فقط معرفة موقف الجمهور من الكارثة، يل يعني في ما يعنيه ان يكون الفاحص محيطا بنواقص الامن الصحي وبحجم الامكانات المتوافرة وبمدى توقع الكارثة والاستعداد لها وبالجهة التي ينتظر الضحايا تلقي

المساعدات منها. وايضا بالجهة التي تتوجه نحوها مشاعر الغضب والرغبات الانتقامية.

على ضوء هذه المعطيات، يحدد الفاحص مكان وزمان، وظروف المقابلة، ويقدر مستوى تدخله ضمن الهامش الذي تسمح به هذه المعطيات.

أ ـ قبل حدوث الكارثة: في هذه الفترة، يلعب الاختصاصي النفسي دوراً رئيسياً من خلال جهود التوعية وتدريب الجمهور على الخطوات الوقائية وتعويده على توجيه ردود فعله في الاتجاه السليم، اضافة الى دوره في اختيار الافراد المرشحين للقيام بدور التدخل لمواجهة الكارثة ومساعدة ضحاياها في حال حدوثها.

ب ـ اثناء حدوث الكارثة: هنا يخلي الطبيب النفسي المجال لزملائه العضويين كي يعالجوا الطوارئ الجسدية، بحيث يقتصر تدخله على الحالات التي تفرض على الاختصاصي العضوي طلب معونته. ويكون ذلك في حالات مثل عجز الضحية عن الاتصال او في حالات الهياج او الانفعال الذي ترافقه مظاهر عضوية خطرة.

ج ـ بعد حدوث الكارثة: هذه الفترة تقسم بدورها الى عدة مراحل. فهنالك المرحلة المبكرة، وتتبعها مرحلة ما بعد الشفاء من الاعراض الجسدية التالية للكارثة، ثم تأتي المرحلة المتأخرة التي يمكنها ان تتراوح بين عدة اشهر وعدة سنوات انطلاقا من هذه النقاط، يقوم الفاحص برسم الحدود التي توجه مقابلته للضحايا وبالتالي فانه يحدد المقاطع التي تهمه من هذه المقابلة، من خلال ما يلي:

١ ـ الاطلاع على المعطيات المتوافرة من خلال وحدات العناية الجسدية بالضحايا:

هذه المعطيات تتضمن: المعطيات الديموغرافية (الاسم والسن والجنس

والحالة العائلية والزواجية والمهنية والخلفية الاتنية واللغوية والدينية والعنوان... الخ)، ومعطيات حول التاريخ الصحي (السوابق الجسدية والنفسية ومستوى الخبرة والتدريب على مواجهة كوارث شبيهة... الخ)، ومعطيات حول ردود الفعل المباشرة عقب الكارثة (مع مراقبة ما اذا كان تطورها سلبياً ام ايجابياً).

٢ ــ استمارة ردود الفعل السيكوسوماتية:

تتألف هذه الاستمارة من عشرين بنداً، ويتم ملؤها من قبل الفاحص الذي لا يطرح الاسئلة مباشرة بل يحاول استنتاجها من خلال سرد الضحية لاحاسيسها ومعاناتها. هذه البنود هي التالية:

١ ـ هل تعاني من اضطرابات النوم؟ (حدِّد)

٢ ـ هل تعاني من ازعاجات قلبية ـ وعائية؟ (حدِّد)

٣ ـ هل تعاني من صعوبات تنفسية؟ (حدِّد)

٤ ـ هل تعاني من اضطرابات هضمية؟ (حدِّد)

٥ ـ هل تعاني من اضطرابات بولية ـ تناسلية؟ (حدِّد)

٦ ـ هل تعاني من متاعب في مفاصلك؟ (حدِّد)

٧ ـ هل تعاني من اوجاع عضلية؟ (حدِّد)

٨ ـ هل تعاني من الصداع؟ (حدِّد)

٩ ـ هل تعاني من القلق؟ (حدِّد)

١٠ ـ هل يبدو عليك الخوف في مواقف معينة؟ (حدِّد)

١١ ـ هل تعاني من ارهاق؟ (حدِّد)

١٢ ـ هل تخوض حالياً صراعات؟ (حدِّد)

١٣ ـ هل تعاني من اضطرابات الذاكرة؟ (حدِّد)

١٤ ـ هل تجد نفسك ميالا للبكاء لأتفه الاسباب؟ (حدِّد)

١٥ ـ هل تشعر احياناً بالضعف والوهن؟ (حدِّد)

١٦ ـ هل تمر بفترات تفقد خلالها شهيتك للحياة؟ (حدِّد)

١٧ ـ هل تمر بفترات من البلادة؟ (حدِّد)

١٨ ـ هل تعتقد ان مردود عملك هو اقل من الجهود التي تبذلها؟

١٩ ـ هل تشعر احيانا ان الحياة غير جديرة بان تعاش؟

٢٠ ـ فقرة مخصصة للفاحص لتحديد ملاحظته ووصف سلوك المريض اثناء اجراء الاختبار والمقابلة.

٣ ـ استمارة تحري عوارض الشدة عقب الصدمية:

تتألف هذه الاستمارة من ٢٨ سؤالا تهدف الى تقييم اثر الشدة الناجمة عن تهديدات الكارثة (الحرب خصوصا).

١ ـ هل سبق أن تعرضت لكارثة شبيهة؟

٢ ـ كم مرة تعرضت لمواقف شبيهة ومتى؟

٣ ـ هل كنت قريباً من مكان الخطر الذي سببته الكارثة؟

٤ ـ هل تسببت الكارثة بقلقك وانشغالك على احد المقربين منك؟

٥ ـ هل عاينت مكان الكارثة بعد ساعة على الاكثر من انتهائها؟

٦ ـ هل فقدت احد مقربيك في هذه الكارثة او في كارثة شبيهة؟ (حدِّد)

٧ ـ هل رأيت ضحايا الكارثة؟

٨ ـ هل سبق لك أن عايشت كوارث شبيهة؟

٩ ـ هل طاول خطر الكارثة مكان اقامتك؟

١٠ - هل طاول خطر الكارثة مكان عملك؟

١١ - هل اجبرتك نتائج الكارثة على تغيير مكان اقامتك؟

١٢ - هل اجبرتك نتائج الكارثة على مبارحة منطقة اقامتك؟

١٣ - هل يوجد في عائلتك اطفال يتراوح سنهم بين ٥ و١٢ سنة؟

١٤ - هل تعرضت للاحتجاز بسبب الكارثة؟

١٥ - هل ادت الكارثة الى انقطاع اتصالك بعائلتك؟ (حدِّد المدة)

١٦ - هل شعرت بتهديد مباشر لحياتك بسبب الكارثة؟ (حدِّد)

١٧ - هل تراودك لغاية الان ذكريات الكارثة واخطارها؟

١٨ - هل ترى احلاماً ذات علاقة بهذه الاخطار؟

١٩ - هل تتشابه احلامك من حيث محتواها؟

٢٠ - هل تعاني من الكوابيس بشكل تكراري؟

٢١ - هل تعاني من تهيؤات عابرة؟

٢٢ - هل تخاف من احتمال تكرار الكارثة؟

٢٣ - هل تخاف من اجتياز الاماكن الفسيحة؟

٢٤ - هل تخاف على وجه العموم؟

٢٥ - هل تخاف من الاصابة بالمرض؟ (حدِّد)

٢٦ - هل تخاف من الموت؟

٢٧ - هل تخاف من الجنون؟

٢٨ - هل اتخذت اجراءات احتياطية وكأن الكارثة ستتكرر؟

ثانياً ـ النتائج

ان استخراج النتاج من خلال هذه المقابلة لا يعتمد على تحليل نتائج

الاسئلة المطروحة اعلاه، كما انه لا يعتمد على لوائح التشخيص التقليدية، بل على خبرة الفاحص. فلا يتعدي دور هذه الأسئلة مهمة توجيه الفاحص لتحري مواطن الخلل في التوازن النفسي والجسدي للضحية. لذا فإنه من الضروري التذكير بالنقاط التالية:

أ ـ المظاهر الهيستيرية: تبدأ هذه المظاهر بالتخدير الحسي (الذي يشبه الشلل الهيستيري المؤقت). ثم لا تلبث ان تتنوع وتهيمن خلال الفترة التي تعقب الكارثة مباشرة. هذه المظاهر تتراوح بين النوبة الهيستيرية الكبرى وبين المظاهر الهيستيرية المتجسدة، التي يستشفها الفاحص من خلال اسئلة الاستمارة الاولى من هذه التجسيدات الهيستيرية نذكر: ١) شبيه الربو الهيستيري (كأن بلاطة تضغط على الصدر وتعيق التنفس) ٢) الغصة الهيستيرية ومظاهر الرهاب الهيستيري (خصوصا على الصعيد الفيزيولوجي حيث تتبدى المظاهر الفيزيولوجية لحالات الخوف العارم، مثل برودة الأطراف والتعرق وتسارع النبض... الخ) وغيرها من مظاهر السلوك الهيستيري التي يلاحظها الفاحص اثناء المقابلة ويسجلها في الفقرة الاخيرة من الاستمارة الاولى. هنا لا بد من التذكير بان الهيستيريا هي علامة حياة (اي انها مساعدة على استعادة الجهاز النفسي ـ الجسدي لتوازنه)، فهي تعكس محاولة دفاعية يبذلها الجهاز النفسي الجسدي لمقاومة خلل توازنه الطارئ بسبب صدمة الكارثة. من هنا قولنا ان هيمنة المظاهر الهيستيرية تقلل من معاناة الضحية لحالات التكتم (Alexythymie) والحزن غير المستنفد ومشاعر الذنب تجاه ضحايا الكارثة وغيرها من المؤشرات التي تشجع ظهور الاضطرابات والامراض السيكوسوماتية.

ب ـ عصاب الكارثة المزمن: ان عصاب الكارثة هو مرض ذو ديمومة يتحول الى مزمن في حال عدم علاجه، اذ تفشل محاولات المريض الذاتية للتخلص من هذا العصاب، بالرغم من الجهود التي يبذلها كي يتجنب التفكير

في الكارثة ولكي يحدث تغييرات في حياته تساعده على هذا النسيان. من هنا شكوكنا حول امكانية الشفاء التلقائي من هذا العصاب، اذ قد نلاحظ تراجع حدة عوارض التكرار وتباعد فترات ظهورها، مما قد يوحي بالتحسن، لكننا نلاحظ في المقابل ظهور اضطرابات طبائعية تترسخ تدريجياً.

مما تقدم، على الفاحص ان لا يفاجأ، اذا ما اكتشف علاقة بين الحالة المعروضة عليه وبين صدمة نفسية مضت عليها السنوات. ذلك ان الاثار النفسية للكارثة يمكنها ان تخمد لفترة (كأنها جداول مياه جوفية) ثم تعود الى الظهور باشكال جديدة يمكنها ان تضلل الفاحص وتصرف انتباهه عن العلاقة بينها وبين الكارثة. هذا التضليل غالباً ما يحدث في حالات الوساوس المرضية التي تتبدى بعد سنوات من الكارثة، بصورة حادة مترافقة مع الخوف من الموت ومن فقدان التكامل العقلي (الجنون). وتقودنا احتمالات هذا الخمود المؤقت الى مناقشة انذارية عصاب الكارثة.

ثالثاً ـ انذارية عصاب الكارثة

ان تحديد هذه الانذارية يعتمد على تحديد العوامل التالية: أ) تحليل المظاهر الحالية والاضطرابات الطبائعية المرافقة لها ب) البنية الاساسية ج) علائم المرض الجسدي.

أ ـ تحليل المظاهر الحالية: إن مواجهة الكارثة هي وضعية قلقية من الدرجة الاولى. من هنا اعتبار كافة مظاهر القلق، المتبدّية لدى المصدوم، بمنزلة ردود فعل طبيعية. لكن عناية الفاحص يجب ان تتوجه نحو التعقيدات النفسية الجسدية لهذه المظاهر. اذ يمكن لقلق الكارثة ان يتطور نحو الهلع والخوف من الموت والجنون. كما يمكنه ان يتطور نحو خلل وظيفي ـ دماغي يتبدى على صعيد النوم الذي تضطرب مراحله. ويؤدي هذا الاضطراب اما الى تشويش القدرات المعرفية ـ الادراكية (وصولاً الى حالات الذهان العابر). او الى اضطراب الحياة الحلمية،

الذي يقسم بدوره الى فئتين: عصابي - نفسي (احلام متكررة، كوابيس على علاقة بالكارثة... الخ) وعصابي - سيكوسوماتي (احلام فظة او غائبة او تكرارية او عملياتية). في هذه الحالة الاخيرة، يكون اضطراب الحياة الحلمية مقدمة لظهور الامراض السيكوسوماتية، اذ تشير تجارب مارتي الى معاناة كافة المرضى السيكوسوماتيين من هذا النوع من اضطراب الحياة الحلمية[٢٠]. الامر الذي يقودنا الى تعريف هذه الاضطرابات ونبدأ بـ

- الاحلام الفظة: وهي احلام يتبدى فيها اللاوعي بدون رقاباته المعهودة.

- الاحلام التكرارية: وهي الاحلام متكررة في مضمونها وفي فكرتها.

- الاحلام العملياتية: وهي التي تعكس مشاهد من الحياة العملياتية للحالم.

- غياب الاحلام: وتشير هذه الحالة الى اضطراب الوعي والقدرات المعرفية الادراكية.

ب ـ **البنية الاساسية**: ويختلف تحديدها باختلاف المدارس، لكننا نشير الى ضرورة الربط بينها وبين التغيرات الطارئة عليها بسبب الصدمة.

ج ـ **علائم المرض الجسدي**: وتحددها الفحوصات الطبية وتكملها استمارة تحري العوارض النفسية - الجسمية[٢١].

رابعا ـ العلاج

ان علاج اضطرابات الضغوط عقب الصدمية[٢٢] يختلف باختلاف هذه الاضطرابات التالية للكوارث وللحروب، كما سبقت الاشارة الى ذلك في سياق عرضنا للنماذج العيادية. لكن هذه الخصوصية لا تمنع اقتراحنا للخطوط العريضة المشتركة في علاج هذه الحالات وهي[٢٣]:

أ ـ **العلاج الدوائي**: بما ان مواجهة الكارثة هي وضعية قلقية واضطهادية

من الدرجة الاولى، فاننا نرى ضرورة ملحة لاستخدام مضادات القلق بهدف الحد من احتمالات تعقيد هذه الحالات، خصوصا بعد ظهور مضادات القلق من فصيلة معيقات دفق السيروتونين، وهي ادوية فاعلة وخالية من المحاذير والاثار الجانبية المعروفة في مضادات القلق التقليدية[٢٤]. اما اذا ظهرت العلائم الذهانية، فاننا ننصح بعدم استعمال المهدئات العظمى مضادة الهلوسة بل باستخدام المنومات في دورات تنويمية وفق ما تقتضيه الحالة[٢٥].

ب ـ **العلاج النفسي**: بغض النظر عن الطريقة العلاجية المتبعة، فان هدف العلاج النفسي يجب ان يتمحور حول ضرورة تفريغ مشاعر الحزن والقلق غير المستنفدة ومساعدة المريض على تعقيل هذه المشاعر.

ولا شك في ان معايشة الحدث الكارثي ترتبط ارتباطاً مباشراً باسلوب الضحية في التعايش مع فكرة موته الشخصي. هذه الفكرة المرتبطة مباشرة بالعقل الجماعي، تصبح تافهة امام الكوارث المعنوية التي تهدد العقل الجماعي برمته، حيث يتمنى الفرد حدوث موته الشخصي. بل انه قد يسعى لوضع الحدود لحياته هرباً من الكارثة المعنوية. لهذه الاسباب، تختلف معايشة الحدث نفسه من ثقافة الى اخرى ومن امة الى اخرى. فاذا ما اردنا دراسة كوارثنا العربية، وجب علينا ان نقوم باستعراض اسلوب جمهورنا في معايشة الكوارث والصدمات السابقة. هذا اذا اردنا ارساء هيكلية برنامج وقائي واستراتيجية تدعم جمهورنا في وجه كوارثنا المقبلة التي تشكل بحد ذاتها تهديداً ذا اثر صدمي.

حواشي الفصل الثاني

(١) مارتي، بيار ومشاركوه: «بسيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية» سلسلة كتب الثقافة النفسية، دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٩٠.

(٢) RANK, O: «Le traumatisme de la naissance? , P.U.F.- Paris.

(٣) النابلسي ومرحبا. «ابن سينا مؤسس البسيكوسوماتيك» . ورقة مقدمة الى مؤتمر تاريخ العلوم عند العرب ـ جامعة حلب ومنشورة في مجلة الثقافة النفسية، العدد السادس ١٩٩١.

(٤) CHARCOT, J.M: «Leçon sur l'hystérie virile» . éd, Sycomore- Paris, 1984.

(٥) DSM III-R: «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder» . A.P.A- 1987.

(٦) SAADA.D: «introduction à l'œuvre de P. Marty» 1978.

(٧) النابلسي، محمد: «السياسة واخلاقيات الطب النفسي ـ رعاية ضحايا العنف»، ورقة مقدمة الى المؤتمر العالمي الثالث لحل الصراع ـ الاتحاد العالمي للصحة النفسية، وهي منشورة في مجلة الثقافة النفسية العدد التاسع عشر، ١٩٩٤.

(٨) SELYE, H: «The stress of life»Freen and co. London, 1957.

(٩) خصصنا الفصل الثاني لمناقشة هذا الموضوع بوصفه مصير الصدمة (شكلها المزمن).

(١٠) النابلسي، محمد: «نحو تصنيف عربي للاضطرابات النفسية» ، دراسات عربية، العدد ٧ ـ ٨ ايار ١٩٩٤.

(١١) النابلسي، محمد: «الامراض النفسية وعلاجها ـ دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية»، المنشورات الجامعية ـ بيروت ط ١، ١٩٨٥، وط ٣، ١٩٩٤.

(١٢) النابلسي، محمد: «امراض القلب النفسية» ، الرسالة ـ الايمان ـ بيروت، ١٩٨٩.

(١٣) النابلسي، محمد: «القرحة وعلاجها النفسي» ، الرسالة ـ الايمان ـ بيروت، ١٩٩٣.

(١٤) FICHEZ, C. F et CLTOTZ, A: «**La Senescence prématurée et ses traitements**» èd: F.I.R. - Vienne 1961.

(١٥) MOUSSONG, E.K et AL: «**Psychoimmunology**» . in congres international de Neuro Psychiatrie- Pula- 1989.

(١٦) NABOULSI, M: «**Le syndrome de la voiture piégée**» . conf a P.G.S- Budapest, 1988.

وهي منشورة في كتاب «**الصدمة النفسية ـ علم نفس الحروب والكوارث**» سلسلة كتب الثقافة النفسية، دار النهضة العربية ـ بيروت، ١٩٩٠.

(١٧) مارتي، ومشاركوه: «**مبادئ البسيكوسوتيك وتصنيفاته**» ، الرسالة ـ الايمان ـ بيروت ١٩٨٩.

(١٨) مارتي، بيار: «**الحلم والمرض النفسي والنفسدي**» ، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، طرابلس، لبنان، ١٩٨٧.

(١٩) BEVERLY, R. et AL., «**A Research Methode for the Study of Psychological and Psychiatric Aspects of Disaster in Act**» .Psy. Scandinavica.

(٢٠) مارتي، بيار: «**الحلم والمرض النفسي والنفسدي**»، مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية، طرابلس ـ لبنان، ١٩٨٧.

(٢١) BEVERLY, R et AL: «**A Research Methode for the Study of Psychological and Psychiatric Aspects of Disaster in Act**» Psy. Scandinavica.

(٢٢) سنعرض لاستمارة هذه المقابلة في الفصل التالي.

(٢٣) حجار، محمد حمدي: «**نحو استراتيجية قومية لعلاج الاسرى العرب**» ، مجلة الثقافة النفسية العدد السابع عشر، يناير ١٩٩٤.

(٢٤) BIEDER, J: «**Sequelles Tardives et retardées de la catastrophe concentrationnaire**» . in An. Med- Psy, Janvier 1984 p. 277-282.

(٢٥) النابلسي، محمد: «**معجم العلاج النفسي الدوائي**» دار ومكتبة الهلال ـ بيروت، ١٩٩٤.

الفصل الثالث

الوساوس المرضية
وانتشارها الوبائي في مجتمعات الحروب والكوارث

ملخص:

نادرة جداً دراسات المتابعة الطويلة الامد للعصاب الصدمي. ومع تقديرنا البالغ لكافة مناهج البحث المتبعة فإننا نميل لاعتماد الاسلوب التقليدي في تتبع التاريخ المرضي للمفحوص. فالعديد من مظاهر المرض قابلة للكمون لفترات قد تطول او تقصر لتعود الى التفجر في أشكال جديدة وعلى صعد مختلفة. مثلها مثل مياه الينبوع التي تختفي في الارض لمسافة ما وتعاود الظهور على سطح الأرض دون أن تكون ينبوعاً جديداً. على هذا الأساس نجد أن مبدأ الصدفة عاجز عن تفسير الظاهرة التي يتكرر ظهورها بانتظام. وبالعودة الى العصاب الصدمي نجد أن المجتمعات المتعرضة لكوارث جماعية (حروب، زلازل، فيضانات... الخ). تسجل ارتفاعاً في نسب بعض فئات الحالات المرضية بعد مرور سنوات على وقوع الكارثة. وهذه الحالات، التي تعتبر آثاراً طويلة الأجل للكارثة، مصنفة كما يلي:

١ ـ الأمراض السيكوسوماتية على أنواعها.

٢ ـ الأمراض النادرة (تصلب الرقائق، الهرم المبكر.. الخ).

٣ ـ الوساوس المرضية.

ولقد اخترنا التركيز على «الوساوس المرضية» للأسباب التالية:

١ ـ سعة انتشارها بحيث تكاد تشكل شكوى عامة في العيادات الطبية العامة.

٢ ـ ترافقها مع مخاوف الموت (Tanatophobia) ومخاوف الجنون (Lysophobia).

٣ ـ الهدر المالي الذي تسببه على صعيد المعاينات والفحوصات ومحاولات العلاج.

٤ ـ الإرباك الذي تسببه الوساوس المرضية للأطباء العامين.

هذا ويتفق الباحثون على وجود رابطة دينامية بين الخلفية الهذائية ـ البارانويدية (Paranid) وبين الإصابة بالوساوس المرضية (Hypochondria). وبما أن وضعية الكارثة هي وضعية بارانويدية (Paranoid Situation) فإنه من المنطقي أن نجد انتشاراً وبائياً لهذه الوساوس المرضية (الهايبوكوندريا) في مجتمعات الكوارث.

وأهمية الموضوع لا تستند فقط الى تعاظم نسب الإصابة بهذا الاضطراب مع مرور الزمن (حتى يبدو وكأنه الشكل العيادي المزمن للعصاب الصدمي) لكن أهميته تتأتى ايضاً من خلال الهدر الذي تسببه الفحوصات ومحاولات التشخيص والعلاج الفاشلة. وهو هدر يهدد مستوى الرعاية الصحية في البلد المعني. عداك عن الارباكات التي يتسبب بها للأطباء العامين واطباء الاختصاصات الاخرى.

في ورقتنا هذه سوف نعمد الى مناقشة تطور المفهوم التاريخي للاضطرابات والتفسير الدينامي والسيكاتري للعلاقة بينه وبين الحالات الصدمية. إضافة الى تبيان الخصائص الحضارية لتبديات الاضطرابات (منها مجاورة قبر النبي صلعم) مع اقتراح برنامج تدريبي للأطباء العامين في تعاملهم مع هذه الحالات وتقديم لائحة ـ مقياس لاستخدام المعالج في عملية التشخيص.

١ ـ اهمية الدراسة:

من خلال تجربتنا العيادية في مجتمع الحرب اللبنانية يبدو لنا عصاب الوساوس المرضية (Hypochondria) على انه الشكل العيادي المزمن للعصاب الصدمي. ويتأكد هذا الارتباط عملياً عبر امكانية التأكد من وجود حدث صدمي سابق لبداية ظهور التجسيدات «بعد فترة حضانة معدلها ثلاثة اشهر». كما يتأكد هذا الارتباط عبر تحسن حالة المريض من خلال مساعدته على تصفية آثار الصدمة ومواجهتها. اما من الناحية النظرية فان مختلف المذاهب والتيارات النفسية تتفق على الربط بين الوساوس المرضية وبين خلفية هذائية (Paranoid) لدى المريض. واذا اعتبرنا ان الصدمة النفسية هي وضعية اضطهادية ـ هذائية فان هذا الاعتبار يساعدنا على تقديم التفسير لظاهرة الزيادة الكبيرة لنسبة انتشار الوساوس المرضية في المجتمعات المتعرضة للكوارث والحروب. وهي زيادة ممكنة الملاحظة بالعين المجردة ويؤكدها الاطباء العامون والداخليون من هنا فاننا نرى بان عناصر اهمية هذه الدراسة هي التالية:

١ ـ الحد من معاناة هؤلاء المرضى بوضع تشخيص محدد يكون مقدمة لعلاج يقلص معاناتهم. وذلك بدلاً من بقائهم بدون تشخيص او تعرضهم لتعددية التشخيصات مما يغذي وساوسهم.

٢ ـ الاحتياط لامكانية تطور عصاب الوساوس المرضية. وهو تطور يتم في احد الاتجاهات التالية: ١ ـ الرهاب المزيج (خوف من مرض معين او من

الموت او من الجنون او من الاماكن العامة... الخ) و٢ ـ ايذاء الذات بصورة غير مباشرة (مثل الاصرار على اجراء عمليات او فحوصات مدمية معينة) و٣ ـ التجسيد المؤدي الى تعجيل ظهور امراض عضوية و٤ ـ الاكتئاب و٥ ـ القلق الذي يصل الى حدود الهلع (Panic Attacs).

٣ ـ تقليص فترة معاناة المريض. حيث تدل تجربتنا على وجود فترة زمنية (معدلها سنتان) فاصلة بين بداية ظهور العوارض المولدة للوساوس وبين توجه المريض للعيادة النفسية حيث يتم تشخيصه.

٤ ـ تجنب الهدر الناجم عن محاولات التشخيص والعلاج الفاشلة وهو هدر معدله خمسة آلاف دولار يصرفها المريض الواحد خلال هذه الفترة على المراجعات الطبية والفحوصات والعلاجات.

٢ ـ المفهوم الدينامي للاضطراب:

ان فهم دينامية استقرار وتطور عصاب الوساوس المرضية، انطلاقاً من وضعية كارثية، يقتضي منا العودة الى مبادئ الشفاء التقليدي. حيث نجد ياسبرز (Jaspers) وهو يؤكد على ضرورة النظر في التسلسل الزمني للاحداث، وفي عوامل نفسية معينة، بغية فهم العلاقة السببية بين الحدث والمرض. وذلك على عكس الميل المسيطر راهناً، الذي يفترض ان العلاقة بين الاحداث وبين الامراض هي مجرد مصادفات. وحتى في هذه الحالة فان مبدأ الصدفة يصبح مرفوضاً عندما تكون الظاهرة متكررة بشكل يوحي بالسببية.

بناءً عليه فاننا عندما نجد ان نسبة المعانين من هذا العصاب حافظت على حدود الـ ٣٢٪ من زوار عيادتنا (بعد مضي سنوات على وقف القتال) فلا بد لنا من البحث عن الاسباب والمنابع المؤدية لانتشار هذا العصاب. وعبر متابعة طويلة الامد لهؤلاء المرضى وجدنا انهم قد مروا جميعاً بوضعيات بارانويدية (اضطهادية ـ هذائية) ذات طابع صدمي. فاذا ما انطلقنا من مبادئ التفاؤلية الدفاعية فاننا نجد

المصدوم يشعر بالاضطهاد نتيجة سؤاله: «لماذا اختارني هذا الحدث الصدمي دون عن غيري؟». وهذا الاختيار هو منبع الشعور بالاضطهاد الذي يحول الصدمة الى وضعية بارانويدية. اي الى مشاعر هذائية ـ اضطهادية عابرة او متركزة على حدث ما. لكن هذه الوضعية تكون قادرة على تفجير الميول البارانوية في حال وجودها كامنة لدى المريض.

فاذا ما عدنا الى تعريف الحدث الصدمي «القائل بانه حدث يضع الشخص امام احتمالات موته الشخصي ويولد لديه افكاراً تتعلق بتصور احتمالات الموت الشخصي (وهي تصورات يكبتها الشخص العادي ويتهرب منها). مما ينعكس بمظاهر تكرارية مرتبطة بالحدث وباحتمال الموت». وجدنا ان الصدمة تؤسس لاحتمالات الموت الشخصي المفاجئ. ثم تأتي الوساوس المرضية بعد فترة كمحاولة دفاعية لاستبعاد هذه الاحتمالات عبر رغبة وسواسية ـ قهرية للتأكد من سلامة الجسد ومن عدم تدهور القدرات العقلية الناجم عن التركيز على هذه الوساوس. وهنا نلحظ موقفاً دفاعياً تطهيرياً خاصاً بالبيئة العربية الاسلامية وهو اللجوء الى ممارسات دينية معينة وخصوصاً مجاورة قبر النبي صلعم للتخلص من هذه الرغبة الوسواسية القهرية. للتأكد من سلامة الجسد وذلك بتسليمه لمشيئة خالقه. وهذه ظاهرة تتطلب دراسات منفصلة. وهذا يقودنا الى مناقشة التفسير الدينامي للوساوس المرضية.

٣ ـ التفسير الدينامي للوساوس المرضية:

من خلال جلسات العلاج النفسي للمصابين بهذا العصاب من مرضانا نستطيع ان نقدم التفسير الدينامي التالي:

انطلاقاً من التفاؤلية الدفاعية (ان الامور السيئة تصيب غيرنا ولا تصيبنا نحن) يعيش الشخص فكرة الموت المؤجل (كلنا صائرون الى الموت ولكن ليس الآن) التي تعطيه التوازن في مواجهة فكرة الموت الشخصي وتتيح له تجنب

التفكير بالموت كحدث يمكن ان يصيبه شخصياً. فاذا ما حدثت الصدمة النفسية، ووضعت الشخص في مواجهة طاغية مع احتمال الموت الشخصي، فانها تلغي فكرة الموت المؤجل او تشكك فيها على الاقل. وهذا ينعكس بدوره على مستوى التفاؤلية الدفاعية عند المصدوم. بحيث يتحول تفكيره من الاعتقاد بالحصانة الشخصية الى اعتقاد بالهشاشة. مما يجعله يتصور نفسه عرضة لكل الاحداث السيئة التي تصيب الآخرين. فنراه يتحول الى الخوف من السرطان (Cancerophobia) لمجرد سماعه باصابة احد معارفه البعيدين بهذا المرض وقس عليه بالنسبة لكافة الاحداث السيئة. هذا وينعكس تدني التفاؤلية الدفاعية اول ما ينعكس بالمبالغة في مراقبة الاحساس الذاتي بالجسد (Hyperesthezia). بحيث يميل الشخص الى تضخيم اي احساس جسدي يستشعره. وخصوصاً منها تلك الاحساسيس الناجمة عن عدم ثبات الجهاز العصبي النباتي نتيجة الانفعالات العنيفة التي تتراوح بين ذكريات الحدث الصدمي وخيالات تكراره ومجموعة مخاوف توقع الاسوأ.

وفي العادة نجد ان استقرار هذا السلوك يحتاج الى فترة حضانة، معدلها ثلاثة اشهر، تبدأ بعدها جولة المريض على العيادات الطبية. وهي جولة تستغرق سنتين كمعدل وسطي كما اشرنا.

لكن التفسير الدينامي لهذا العصاب لا يكتمل الا بالجواب على السؤال التقليدي:

لماذا يصيب هذا العصاب فئة من الناس المصدومين دون غيرهم؟

والجواب على هذا السؤال يقتضي منا اولاً مراجعة شاملة للدراسات السابقة حول الوساوس المرضية حيث لا توجد دراسات سابقة تربط بين الصدمة وبين هذه الوساوس.

٤ ـ الدراسات السابقة:

يعود دخول مصطلح الوساوس المرضية Hypochondria الى قاموس الطب الحديث لبداية القرن ١٨ حيث اطلقه Galien. ثم اكتسب هذا العصاب تسمية «المرض الانجليزي» في العام ١٧٣٣ باقتراح من Cheyne واعتبره كل من Linné و Lieutand مرضاً عقلياً. اما مقارنته بالاعصبة فقد تصدى لها كل من Morel و Kraft-Ebing. وفي العام ١٩٦٥ يلاحظ Kenyion ارتباط هذه الوساوس بالعوامل الثقافية والاجتماعية فيصف المرضى المعرضين للاصابة بانهم اشخاص ينتمون الى طبقات اجتماعية متدنية، شباب وشيوخ، اليهود وطلاب الطب. (وبمعنى آخر فانهم يعانون من وضعية بارانويدية وان كانت غير صدمية الطابع).

وكان الطبيب الفرنسي H. Ey قد اقترح في العام ١٩٤٨ التصنيف التالي للحالات الوسواسية:

أ ـ الوساوس الحصرية حيث ينحصر الوسواس بالخوف من المرض.

ب ـ الوساوس القلقة وتتخلل وساوسه نوبات من القلق العشوائي الحاد.

ج ـ الوساوس الهيستيرية حيث تمتزج المسرحية بالوساوس.

د ـ الوساوس البارانويدية حيث ترتبط الوساوس بمشاعر اضطهادية واضحة.

وقبل انهاء استعراضنا للدراسات السابقة نشير الى بعض الملاحظات الهامة التي سجلها الباحثون في المجال وهي:

أ ـ دعا والنبرغ Wallenberg عام ١٩٠٥ الى التفريق بين الوساوس المرضية العابرة وبين تلك المرتبطة بالبنية النفسية للمريض.

ب ـ اعتبر دوبوا Duboi عام ١٩٠٩ ان هذا العصاب هو بمنزلة النفاس (Psychoneurosis).

ج ـ اكد دلماس Dulmas في مؤتمر ليل عام ١٩٣٠ ان البنية النفسية لمريض الوساوس المرضية هي عينها البنية البارانويدية.

د ـ اكد كل من كلود وڤالنسي Claude, Valensi ان البنية النفسية لهذا العصاب هي عينها البنية القلقية.

٥ ـ التحليل النفسي للوساوس المرضية:

ميّز فرويد بين الاعصبة التقليدية (المرتبطة بالعقد الطفولية) وبين الاعصبة الراهنة (التي تعود الى رضات حديثة العهد) وادرج ضمن هذه الاخيرة كلاً من عصاب القلق والنوراستانيا والاضطرابات الجنسية ـ الفيزيولوجية. وكان ذلك في العام ١٨٩٤. لكنه عاد واكد على انتماء عصاب الوساوس المرضية (الهجاس او المراق) الى هذا النوع من الاعصبة. وجاء هذا التأكيد في كتابه «من اجل تقديم النرجسية» الصادر عام ١٩١٤ حيث جاء في الكتاب ان على المعالج ان يبحث عن مسببات هذه الاعصبة في صراعات المريض الراهنة دون العودة الى طفولته. كما لاحظ فرويد ان الهجاس ملازم دائماً للعوارض البارانويدية.

وتجنباً للاطالة في عرض مختلف الآراء التحليلية فاننا ننتقل مباشرة الى دراسة ماري سيلڤيني M. Selvini التي تناولت المفهوم التحليلي للجسد وقسمت معايشة الجسد الى اربعة انماط هي (انظر جدول رقم (١)).

أ ـ عندما يكون الجسد موضوع تهديد تنشأ الوساوس المرضية.

ب ـ عندما يهدد الجسد الانا تنشأ حالة اباء الطعام (لاضعاف الجسد المهدد).

ج ـ الجسد عرضة للتشويه وتؤدي هذه المعايشة للخوف من تشوه الجسد.

د ـ الجسد المعتوه حيث ينشأ الاحساس بغرابة الجسد.

وهكذا نجد ان دراسات التحليل النفسي تأتي لتؤكد الدراسات الطبية السابقة. وتحديداً فهي تؤكد على النقاط التالية:

أ ـ ان الهجاس (الوساوس المرضية) هو عصاب راهن ناجم عن تهديدات للجسد وهي تهديدات حديثة العهد ولا تعود الى مرحلة الطفولة.

ب ـ ان هنالك قرابة اكيدة بين هذا العصاب وبين كل من عصاب القلق والنوراستانيا والاضطرابات الجنسية ـ الفيزيولوجية.

ج ـ ان هذا العصاب يتلازم دائماً مع مظاهر بارانويدية.

وهكذا يمكننا الجمع بين مختلف هذه التجارب في محاولة لرسم معالم شخصية المصدوم وتعقيداتها الصدمية بوصفها عصاباً راهناً قابلاً للتطور في احد الاتجاهات المشار اليها أعلاه.

٦ ـ التطورات العيادية للعصاب الصدمي:

لا يعرف العصاب فقط من خلال عارضه المميز بل هو يعرف ايضاً من خلال البنية الشخصية الخاصة به والتي تجعل الشخص مرشحاً للاصابة بهذا العصاب. وفي حالة العصاب الصدمي علينا ان نلاحظ دائماً بانه عصاب راهن. فهو ناجم عن حدث صدمي معين ونتيجة له. وهو بالتالي لا يستند الى بنية نفسية محددة لكنه في المقابل يحدث، بسبب حدته، تغييراً في البنية النفسية الاساسية للمريض. وتتميز هذه التغيرات بعلائم الرهاب والتجنب والكف والنكوص والتبعية. بحيث تختلف حدة هذه العلائم من حالة لاخرى.

ولقد حاول فينيخل Fenichel تعريف هذه التغيرات وضبطها فربطها بوظائف الانا. ورأى ان الصدمة تعطل الوظائف الثلاث للأنا وهي:

أ ـ وظيفة تنقية المثيرات (وظيفة انتقائية).

ب ـ وظيفة الحضور والنشاط (التموقع في العالم).

ج ـ الوظيفة الليبيدية ومعها كل امكانيات الحب الموجه للمواضيع وللآخر حيث تتجه هذه الوظيفة نحو محاولة ترميم محبة الذات التي فقدت الدعم اثناء الكارثة (نتيجة احساسها بتخلي مواضيع الحب عنها او عجز هذه المواضيع).

هذا ويتفق الباحثون على كون العصاب الصدمي عصاباً ذا ديمومة وهذا يعني قابليته للتحول الى مزمن ما لم يتم علاجه. وذلك بحيث يمكنه ان يصاحب المريض لبقية ايام حياته. وعبثاً يحاول المصدوم التخلص من آثار صدمته بصورة علاج ذاتي. فهو يحاول تجنب التفكير في الحدث الصدمي او تذكره. كما يحاول تجنب كل ما يذكره بهذا الحدث حتى يصل الى ادخال تعديلات على حياته اليومية، ومع ذلك فان العلاج الذاتي لهذا العصاب يبقى فاشلاً.

كما ان الشفاء التلقائي لهذا العصاب هو بدوره موضع شكوك بالرغم مما تؤكده بعض المصادر ومنها الدليل الاميركي للاضطرابات العقلية. فتناقص العوارض من حيث حدتها وتكرارها لا يعني شفاءها. اما عن الاختفاء الكلي لهذه العوارض فهو مستبعد تماماً بدليل الطابع التراكمي للصدمات. فاية صدمة جديدة تؤدي الى احياء ذكريات وعوارض الصدمات السابقة التي لم تعالج بفعالية.

ويبقى السؤال: في اي الاتجاهات يتطور العصاب الصدمي في حال ازمانه؟

الجواب تقدمه لنا جملة من الدراسات السابقة التي تطرح فروضاً نظرية متعددة اهمها:

١ ـ التطور نحو مرض سيكوسوماتي (امراض انسدادية ـ قرحة ـ سرطان ـ ... الخ). وهذه الفرضية تجد دعمها في الملاحظات المسجلة والمؤكدة على ارتفاع نسب اصابات هذه الامراض في المجتمعات المتعرضة للكوارث. الا انه لم

يتم بعد تحديد الآليات الفيزيولوجية المؤدية اليها او تقديم تفسير دينامي واف لها.

٢ ـ التطور نحو امراض الاجهزة (الهرم المبكر، تصلب الرقائق... الخ) ـ مثل سابقتها.

٣ ـ التطور باتجاه عصاب الوساوس المرضية. وهذا التطور هو موضوع هذه الورقة وقد قدمنا اعلاه كافة الشروحات والمعطيات المتوافرة حوله. وبقي ان نقدم المعطيات العيادية من تجربتنا الشخصية في المجتمع اللبناني.

٧ ـ معطيات عيادية:

بلغ عدد مرضى الهجاس الذين تقدموا لطلب العلاج في عيادتنا والمراكز التي نعمل فيها، خلال الفترة الممتدة من اوكتوبر ١٩٨٨ ولغاية اليوم، ١٥٧٤ مريضاً. ورغبة منا في تجنب تقاطع المؤشرات (وجود امراض جسدية او نفسية او سيكوسوماتية سابقة او مرافقة) قمنا باختيار مائة من بين هؤلاء المرضى وفق المعايير التالية:

أ ـ كلهم من الذكور.

ب ـ تراوحت اعمارهم بين ٣٠ و٤٥ سنة بمعدل وسطي ٤٠ سنة.

ج ـ قادرون على تذكر بداية ظهور الوساوس لديهم وعلى تعقيل العلاقة بين هذا الظهور وبين تعرضهم لحدث صدمي قبل بضعة شهور منه، وذلك بمعزل عن اية مؤشرات مرضية اخرى.

وبهذا نكون قد انطلقنا من سجلات عيادتنا لنجري مراجعة شاملة لهذه الحالات تبين لنا اشكال بداية الوساوس والعوارض الاولية ثم تطور هذه العوارض واثرها في الانتقاص من التفاؤلية الدفاعية للمرضى. اضافة لتمديد الفترة الفاصلة بين بداية استقرار العصاب وبين طلب العلاج النفسي. ثم الاختصاصات التي

تدخلت خلال هذه الفترة. والاهم من كل ذلك امكانية اقتراح منهجية تشخيصية لهذه الحالات توفيراً للوقت وللهدر.

وسنحاول في ما يلي تقديم بعض المعطيات الاحصائية المتعلقة بهذه النقاط.

أ ـ العلائم الجسدية: لاحظنا ان معظم هذه العلائم كان مشتركاً بين المرضى كما نلاحظ ان هذه العلائم كانت تتسبب بخوف متنامٍ تدريجياً من الامراض التي قد تكون كامنة وراء هذه العوارض الامر الذي يبرر لجوء هؤلاء المرضى الى عيادات الطب العضوي وخضوعهم لدورة طويلة من الفحوصات والتحاليل. ويبين الجدول رقم (٢) العلائم الجسدية المصاحبة لعصاب الوساوس المرضية.

ب ـ العلائم النفسية: يحتل الخوف المتطور لغاية الرهاب (الفوبيا) واجهة العوارض النفسية لهذا العصاب. لكن وجود مسببات مبررة لهذا الخوف (تتمثل بالصدمة والسلوك التجنبي المصاحب لها) يجعلنا نتحفظ على استخدام مصطلح الفوبيا في هذه الحالات (ما لم يكن المريض معانياً من فوبيا طفولية او من مظاهر رهابية سابقة للصدمة). هذا ويلخص الجدول رقم (٣) العلائم النفسية المصاحبة لعصاب الوساوس المرضية.

ج ـ معطيات عامة: بمراجعة ملفات العينة وجدنا ان المريض يقضي فترة متوسطها عامان وهو يتنقل بين عيادات الاطباء دون ان يحظى بتشخيص دقيق لحالته ويتوجه الى العيادة النفسية. خلال هذه الفترة ينفق المريض مبلغاً معدله خمسة آلاف دولار (زاد المبلغ بعد ظهور مضادات الاكتئاب الحديثة والغالية الثمن واقبال الاطباء العضويين على وصفها) تتوزع على ثمن الادوية وكلفة الفحوصات والمعاينات الطبية ودخول المستشفيات لفترات قصيرة احياناً. اما عن الاختصاصات الاكثر استقطاباً لهؤلاء المرضى فتأتي عيادات القلب في الطليعة

حيث سجل جميع المرضى (١٠٠٪) زيارة واحدة على الاقل لهذه العيادة، والامر نفسه يصح بالنسبة لعيادات الطب العام. ثم تأتي بقية العيادات الاختصاصية بنسب متفاوتة.

ويلاحظ ان هذه العيادات مجتمعة تستعمل المهدئات ومضادات الاكتئاب. انظر الجدول رقم (٤) الذي يقدم معطيات عامة حول محاولات علاج عصاب الوساوس المرضية.

٨ ـ تشخيص عصاب الوساوس المرضية:

من مجمل ما تقدم يتبين لنا وجود قرابة عضوية بين هذا العصاب وبين كل من عصاب القلق والنوراستانيا. وهذه القرابة تتضح من خلال تصنيف فرويد لها في خانة الاعصبة الراهنة. كما تتضح من خلال محاولة هنري أي التصنيفية (التي تضم الهيستيريا الى هذه الاعصبة). لكن تجلي هذه القرابة والوضوح الصافي لها انما تثبته العوارض التي تمثل الشكوى المشتركة بين عصابيي الوساوس المرضية، اذ ان قراءة مفصلة لهذه العوارض تردنا الى تشخيص النوراستانيا القديم، حيث يكاد هذا المصطلح ان يفقد اثره في العيادة النفسية. فقد عمدت التصنيفات الاميركية المتتالية وDSMIII, DSMIII-R الى تجنب التصدي لمهمة تطوير مفهوم عصاب النوراستانيا وتوضيح سببياته. لذلك وجدناها تفضل اسقاط هذا العصاب باعتباره غير مؤكد الاسباب. وفي المقابل قامت هذه التصنيفات بشرذمة اعراض النوراستانيا ووزعتها على وحدات فرعية اخرى. ولقد حاول العاملون على اخراج الدليل الاميركي الرابع ادراج النوراستانيا في اطار الاضطرابات المتظاهرة جسدياً وذلك جنباً الى جنب مع الوساوس المرضية والتجسيدات الهيستيرية. وكان ذلك انطلاقاً من القاعدة النظرية الاساسية للتصنيف الاميركي وهي قاعدة العارض ـ الربان (Symptom-Pilot). ولقد ادت هذه القاعدة الى بعثرة الهستيريا الى مجسدة وقلقية بحيث

صنفت كل منهما في اطار مختلف وكأنهما عصابان مختلفان. ولقد فشلت هذه المحاولة بسبب عدم وجود دراسات ميدانية كافية حول النوراستانيا. في المقابل نجد الدليل العالمي للامراض يدرج احد اشكال هذا العصاب في تصنيفه وهذا الشكل هو «فقد المودة النوراستاني».

عامل آخر عمل ضد النوراستانيا ويتمثل بان فئة المصرين على المنبع الانفعالي للاعصبة وجدوا ان بداية النوراستانيا تتمازج مع مظاهر جسدية يمكنها ان تكون مشتركة بين عدة اضطرابات عضوية (خصوصاً مظاهر عدم الثبات العصبي - النباتي). ونذكر هنا باضطرار بلوير للتمييز بين الحالات النوراستانية وتلك شبيهة النوراستانية. لذلك فضلت هذه الفئة تجاهل النوراستانيا وساهمت في اسقاط المصطلح.

وفي عودة الى التصنيف الاميركي نجد انه يستبدل «فقد المودة النوراستاني» بـ «انعدام المزاج». لكننا نعود لنجد هذه العوارض في خانات اخرى غير مزاجية مثل اضطراب الشدة عقب الصدمية (P.T.S.D) او في تناذر الاستنفاذ المزمن. اما الشكل النزقي للنوراستانيا فنجد اعراضه مصنفة في خانة الهلع (Panic) حيث نوبة الهلع تعادل ما كان يسمى كلاسيكياً بالنوراستانيا الحادة.

امام هذه الفوضى يجد الباحث العيادي نفسه فاقداً للتوجه، بل انه يعاني من ضياع يهدد بفوضى اعم واشمل وذلك للاسباب التالية:

١ - ان الاطباء العامين والداخليين لا يستطيعون اهمال الوجود الفعلي للعوارض النوراستانية التي يتعاملون معها في عياداتهم. ومع فقدانهم لتشخيص النوراستانيا راح هؤلاء يصنفون هذه الاعراض في تناذرات مستقلة، الامر الذي ادى الى زيادة الارباك. بعد ظهور سلسلة من المصطلحات من نوع: تناذر داكوستا وتناذر القلب الزائد الحيوية... الخ لغاية ظهور مصطلح الانهيار المقنّع

Masked Depression وبالمراجعة نجد ان هذه المصطلحات جميعها ليست الا اشكال نوراستانية.

٢ ـ في مجال الصدمة النفسية تحديداً نجد تمازجاً يبلغ حد الانصهار بين مظاهر الاعصبة الراهنة، حيث اختزال هذا المزيج بتسمية موحدة (هي العصاب الصدمي) لا تشكل حلاً مقبولاً. فهذه التسمية تلغي اولاً الاضطرابات الجسدية المصاحبة للصدمة والمتبدية لاحقاً باشكال مختلفة لا توجد دراسات ميدانية كافية حولها، بما يجعل من العصاب الصدمي واضطراب الشدة عقب الصدمية مصطلحات غائمة وغير مكتملة.

٣ ـ مما قدمنا فان الباحث العيادي، وحتى المعالج، يجد نفسه وهو ينقب عن تصنيف العوارض في خانات مرضية مختلفة. ولكي نكون اكثر دقة نسأل اين نصنف مريض الوساوس المرضية؟ هل نكتفي بتصنيفه في خانة «الهايبوكوندريا» الاميركية متجاهلين عوامل المحيط المحركة للاستعداد التكويني للاصابة بخلل الجهاز العصبي النباتي؟. ومن هذه العوامل ما ينتمي الى العصاب الصدمي (P.T.S.D)؟. وهل نتجاهل حالات انعدام المزاج (فقد المودة) المصاحبة للوساوس المرضية؟ وماذا عن التجسيدات الهيستيرية المرافقة ايضاً؟ وهل نستطيع ان نخلط بين نوبة الهلع وبين النوراستانيا الحادة التي نعرف لها اسباباً شدية (الصدمة) وعضوية في حين نجهل اسباب الاولى؟.

وباختصار اين نصنف المريض الذي يشكو من اعراض عيادية تنتمي الى خمس خانات تصنيفية اميركية؟

ان خبرتنا العيادية في التعامل مع ضحايا الكوارث دفعتنا الى اعادة تبني مفهوم النوراستانيا واعادة الاعتبار اليه كفئة تصنيفية مستقلة. كوننا وجدنا في ذلك تلافياً لفوضى مصطلحية يدفع ثمنها المريض وجهاز الرعاية الطبية. بما يؤدي الى هدر الجهود والامكانيات الى تأخير العلاج اضافة لمعاناة الشلل

الاجتماعي عند المريض.

اما عن اشكال النوراستانيا العيادية (ومعها الوساوس المرضية) فقد اعتمدنا لها تصنيفين مستعارين من ليوبولد سوندي L. Szondi وهما: ١ ـ فقد المودة النوراستاني و٢ ـ النزق النوراستاني.

وهذان الشكلان يستجيبان للعوارض العيادية، المعروضة اعلاه، المميزة لمزيج الاعصبة الراهنة الناجمة عن الصدمة.

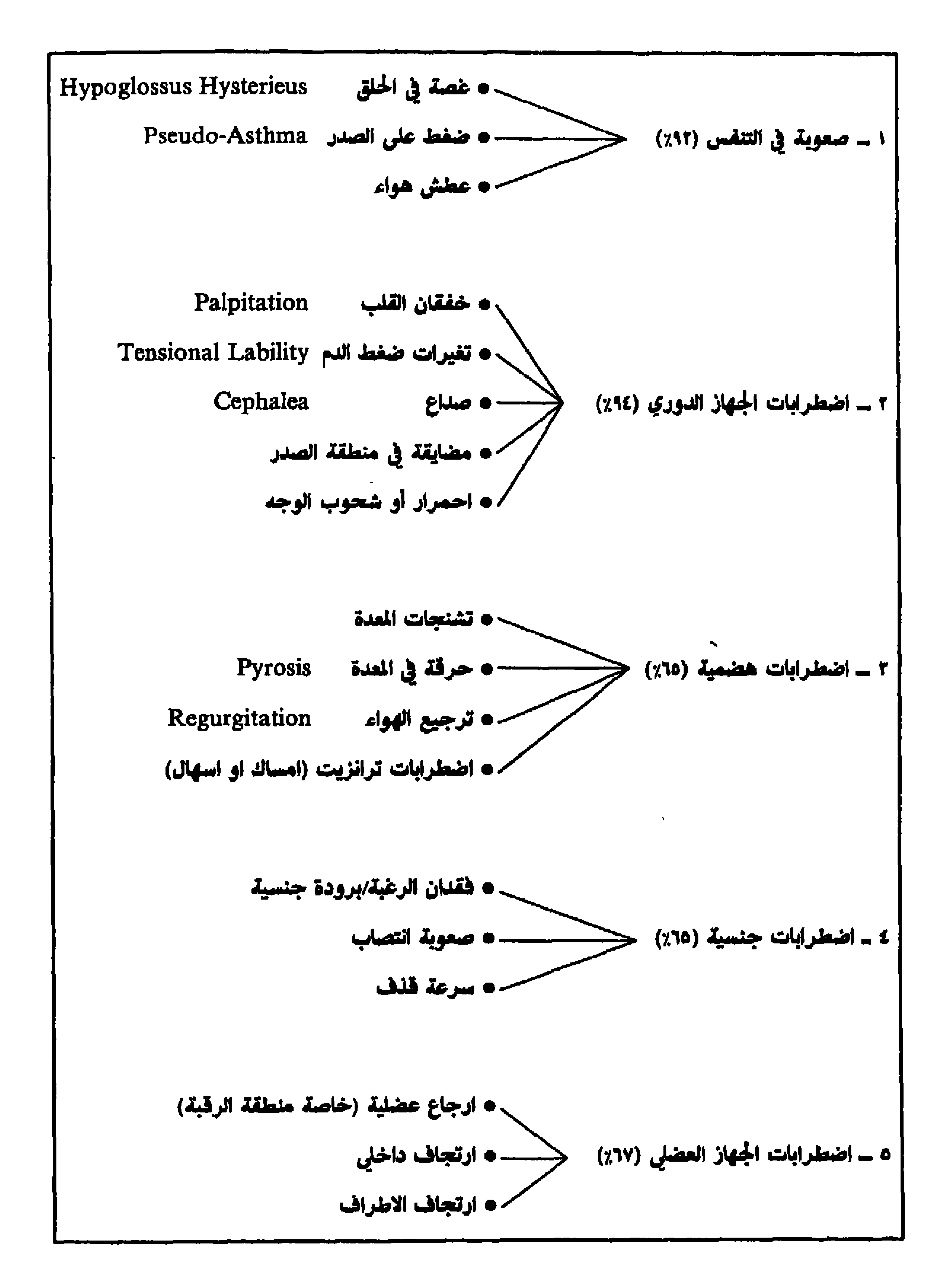
اما عن التشخيص التفريقي لهذين الشكلين فيعتمد على مجموعة اختبارات فيزيولوجية مثل: اختبار شيلونغ Schellong واختبار اضعاف الموجه T من تخطيط القلب ـ انظر الجداول (٥) و(٦) وايضاً اختبار تحري العوارض السيكوسوماتية انظر الجدول (٧).

٩ ـ الخلاصة:

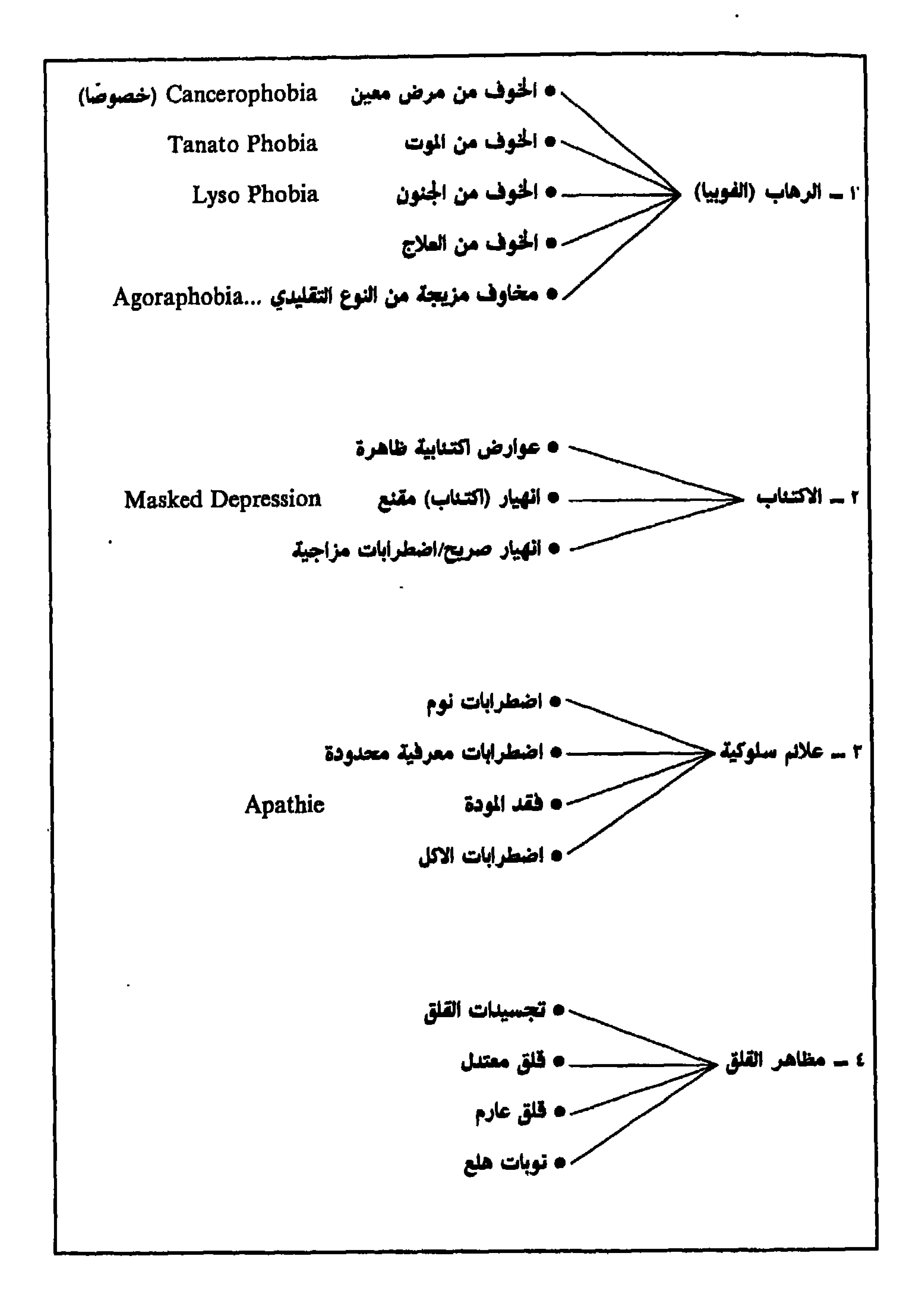
ان التصنيفات المطروحة للعصاب الصدمي قاصرة عن الاحاطة الكلية بالعوارض التي يتعامل معها العياديون. وخصوصاً لجهة الآثار طويلة الامد للصدمة. وفي طليعتها مزيج النوراستانيا ـ الوساوس المرضية، الذي يشكل تعقيداً مزمناً للصدمة غير قابل للتجاهل. وذلك بسبب الارتفاع الكبير في نسبة المعانين من هذه العوارض. وهو ارتفاع تمكن تسميته بالانتشار الوبائي. من هنا فاننا نعتبر ان الربط بين الصدمة وبين هذه العوارض هو ربط موضوعي يقدم لنا امكانيات التشخيص الدقيق وبالتالي العلاج المبكر. مما يقلل من الارباك والهدر ويعزز امكانيات المعالج في مساعدة مريضه على تخطي الأزمة. ومن هنا ضرورة الاستجابة لحاجات عيادة الطب الداخلي للدعم في مواجهة هذا الانتشار الوبائي لهذه الحالات. وذلك عن طريق تقديم جدول تشخيصي متكامل لهذه الحالات وتدريب هؤلاء الاطباء على اساليب التعامل مع هؤلاء المرضى. مع وضع قواعد للتنسيق بينهم وبين العيادة النفسية.

نوعية الانشطار	الانعكاسات العقلية	الانعكاسات الجسدية	طبيعة الصدمة النفسية
الجسد يهدد الأنا	انعدام القابلية الاجتماعية والإنصراف عنها وعن الطعام. وقد يتطور هذا الانصراف ليصل إلى «الخلفة العقلية» (Anorexie Mentale)	خلل التوازن النفسي - الجسدي، معاودة ظهور الأمراض أو نوبات الأمراض الجسدية التي كانت كامنة لحينه.	صدمات عاطفية: صعوبات العلاقات الشخصية مع الآخرين.
الجسد عرضة للتهديد	تفجر الوساوس المرضية	تجسيدات مختلفة	وضعيات عظامية (أسر أو اعتقال أوخسائر أو فقدان عزيز)
الجسد عرضة للتشويه	تفجر المخاوف والوساوس المتمحورة حول تعرض الجسد للتشويه	تجسيدات مختلفة من النوع الهيستيري	التعرض لصدمات تهدد الحياة بشكل صاعق (انفجارات عمليات جراحية... الخ)
الجسد عرضة للجنون	مظاهر تبدد أو تفكك الشخصية Depersonalisation	ظهور مظاهر التبدد أو التفكك على الصعيد الجسدي	الشعور بالذنب أمام الضحايا من قبل الشخص الناجي من الكارثة. أو التعرض لتهديد الحياة لمدد طويلة.

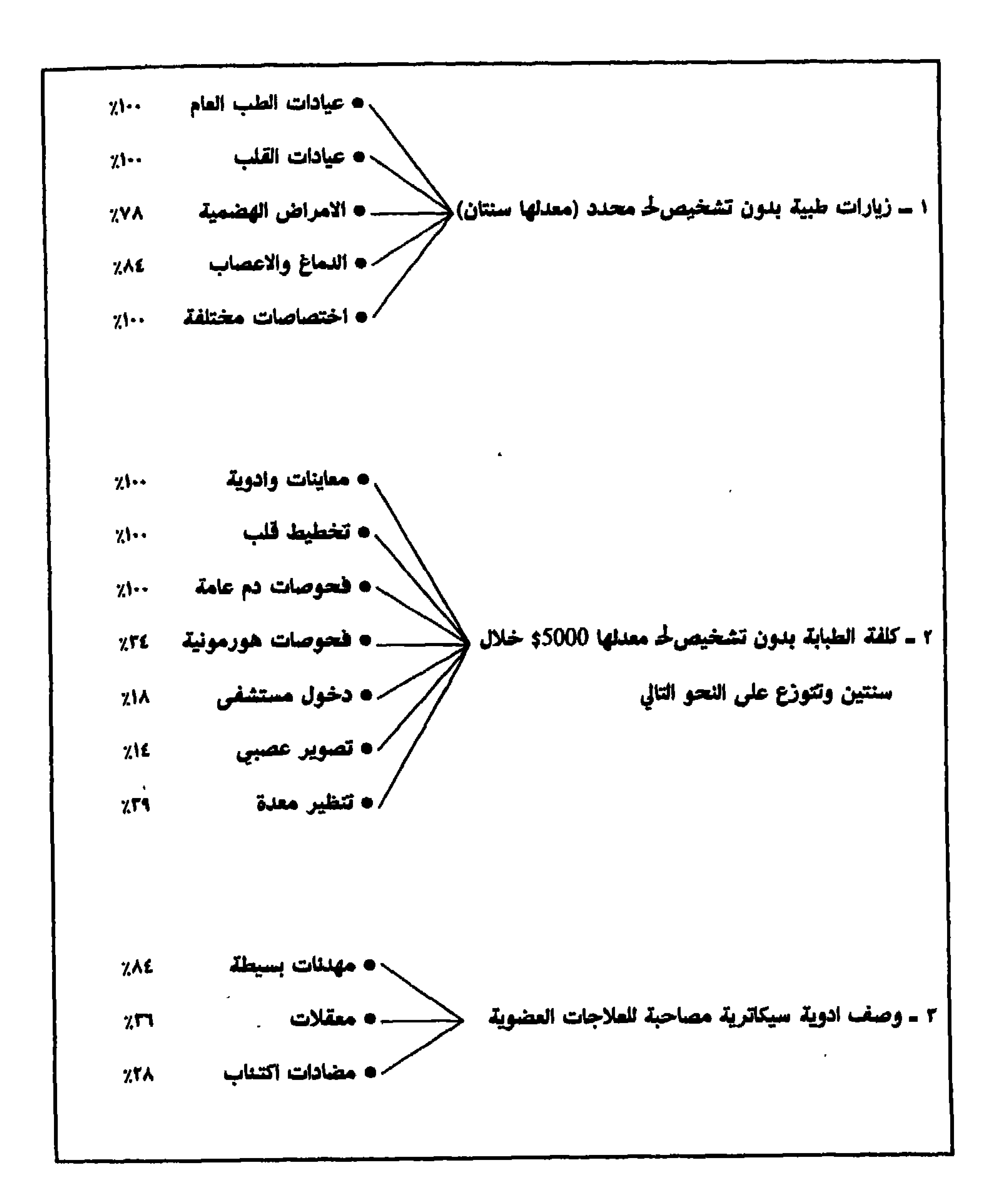
جدول رقم (١) وهو يعرض للانماط الاربعة لمعايشة الجسد بحسب M. Selvini.



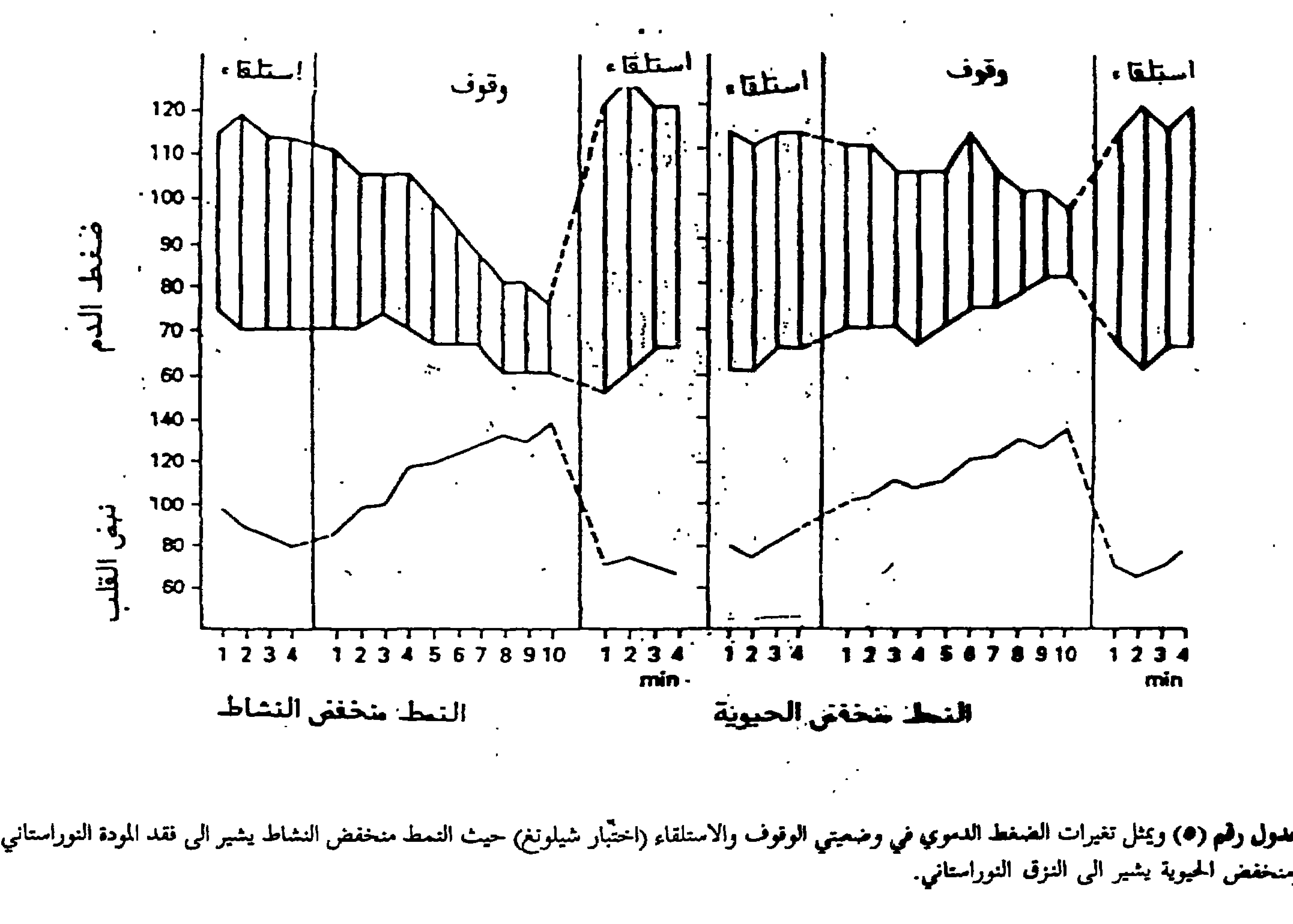
جدول رقم (٢) ويعرض للعلائم الجسدية المصاحبة للعصاب الوساوس المرضية.



جدول رقم (٣) ويعرض للعلائم النفسية المرافقة للوساوس المرضية.



جدول رقم (٤) ـ معطيات عامة حول محاولات العلاج الفاشلة لعصاب الوساوس المرضية.



جدول رقم (٥) ويمثل تغيرات الضغط الدموي في وضعيتي الوقوف والاستلقاء (اختبار شيلونغ) حيث النمط منخفض النشاط يشير الى فقد المودة النوراستاني ومنخفض الحيوية يشير الى النزق النوراستاني.

I

II

III

وقوف

I

II

III

استلقاء

جدول رقم (٦) ويبين نتيجة اختبار اضعاف الموجة (T) ـ تخطيط قلب في وضعيتي الوقوف والاستلقاء.

اختبار تحري العوارض النفسية ـ الجسدية[1] CHESS

J.D. Guelfi. C.Dulcire. S.Audrian

الاسم الجنس العمر

اسم الفاحص تاريخ الفحص

رقم الوحدة رقم العلاج

التشخيص تاريخ العلاج

(أ) إذا ما شكا المريض من اضطرابات جسدية:

(قبل سؤال الفاحص عنها)

☐ نعم ☐ لا ☐ إذا نعم (عدد هذه الشكاوى بالتسلسل الذي عرضه المريض)

....

....

(ب) إسأل المريض الأسئلة المذكورة في الصفحات التالية

وأضف إليها الشكاوى التي عرضها المريض لوحده (دون سؤاله عنها) مع الإشارة إلى هذه الشكاوى بحرف (أ).

تحدد النسبة بواسطة الأعراض الظاهرة. سواء تلك الملاحظة أثناء الفحص أو تلك التي يخبرنا عنها المريض.

في العادة تدوم فترة الفحص ٧ أيام، وفي بعض الحالات يمكن أن تمتد هذه الفترة لتبلغ. أسبوعين إلى أربعة أسابيع.

وفترة الفحوص يفترض أن تحدد بالتعابير التالية.

- خلال الأسبوع الأخير.
- خلال الأسبوعين أو الأربعة أسابيع الأخيرة.
- لدى آخر لقاء مع المريض.

---

(١) Chek-List for the évaluation of Somatic Symptoms واختصاراً CHESS. وكان هذا الاختبار قد عرض للمرة الأولى في المؤتمر السابع للطب النفسي المنعقد في فيينا عام ١٩٨٣ ثم أدخل عليه مؤلفوه تغييرات عديدة وعرضوه في المؤتمر الثامن بالشكل الذي نعرضه فيه الآن.

الأسئلة	المعطيات/الظواهر المرضية	(٠) (١) (٢) (٣) (٤)
كيف كانت شهيتك في الفترة الاخيرة؟	١ ـ انخفضت الشهية	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تراجع وزنك؟	٢ ـ انخفض الوزن	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣ ـ زاد الوزن	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤ ـ ازدياد الشهية	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٥ ـ غثيان	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٦ ـ استفراغ	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل توجد لديك مشاكل في أمعائك؟	٧ ـ ألم في المعدة	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تتغوط بشكل طبيعي؟	٨ ـ (أ) عدم ارتياح	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	معدي انتفاخ ـ غازات	
	أعراض معدية ـ معوية أخرى	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	(ب) إمساك	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٩ ـ إسهال	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل بصرك طبيعي؟	١٠ ـ صعوبة تكييف الحدقات /تشوش الرؤية	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تعاني من جفاف الحلق؟	١١ ـ جفاف الحلق	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تتعرق بشكل زائد؟	١٢ ـ تعرق	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تحس بالدوار أحياناً؟	١٣ ـ دوار	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	١٤ ـ إغماء	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	١٥ ـ طنين الأذنين	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟	١٦ ـ خفقان	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	١٧ ـ ألم في منطقة القلب	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تعاني صعوبات تنفسية؟	١٨ ـ عثرة التنفس	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	١٩ ـ غصة في الحلق	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٢٠ ـ صعوبة البلع	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٢١ ـ مشاكل ـ أنف ـ أذن ـ حنجرة،	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	اضطرابات في الصوت	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تنام جيداً في الليل؟	٢٢ ـ صعوبة بداية النوم	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٢٣ ـ أرق منتصف الليل	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٢٤ ـ أرق صباحي	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٢٥ ـ تغير في الحياة الحلمية	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

الاسئلة	المعطيات/ الظواهر المرضية	(٠) (١) (٢) (٣) (٤)
هل تحس بالنعاس أثناء النهار؟	٢٦ ـ نوم زائد	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٢٧ ـ نوم غير فعال	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٢٨ ـ وسن/ تهويم	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تعاني تورم القدمين؟	٢٩ ـ تورم الأطراف السفلى	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تبول بشكل طبيعي؟	٣٠ ـ صعوبة تبول أو	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	زيادة تبول	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تشعر بتعب غير عادي بعضلاتك أو في جسمك كله؟ هل تزعجك التقلصات أو النخر	٣١ ـ تعب عام	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣٢ ـ تقلص في العضلات المضغية	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣٣ ـ تقلص في النوع الكزازي	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣٤ ـ تشوش الإحساس بالأطراف	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تعاني صعوبات في التذكر أو في التركيز؟	٣٥ ـ اضطرابات ذاكرة	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣٦ ـ عدم القدرة على تحمل الضجيج	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣٧ ـ صعوبة التركيز	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تعاني آلاماً أخرى؟	٣٨ ـ (أ) هياج جسدي أو توتر	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	(ب) صداع	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣٩ ـ ألم أسفل الظهر	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٠ ـ ألم في البطن	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤١ ـ أوجاع عضلية منتشرة	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٢ ـ آلام جسدية غير محددة	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
الفحص العصبي	٤٣ ـ رهبة الجلوس	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٤ ـ عسر البلع	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٥ ـ زيادة حيوية العضلات	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٦ ـ فقدان التعابير	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٧ ـ زيادة الحركة العصبية	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٨ ـ زيادة الارتكاسات العصبية	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٩ ـ الارتجاف العصبي	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٥٠ ـ تغيرات في الفحص المجهري	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

الأسئلة	المعطيات/الظواهر المرضية	(٠) (١) (٢) (٣) (٤)
	٥١ ـ عسر الكلام ٥٢ ـ التباسات الذاكرة	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
اضطرابات أخرى ـ	٥٣ ـ عددها ٥٤ ـ ٥٥ ـ	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

(ج) العلاقة بالتطبيب الدوائي .

(د): أنقل على الجدول أدناه الأمراض المفترضة وسجل رأيك بإمكانية معاناة المريض لها على النحو التالي:

ـ غير موجود.

١ ـ ممكن.

٢ ـ محتمل.

٣ ـ واضح . آخذاً بعين الاعتبار الاستجابة للدواء.

الأمراض د

.... □

....

....

....

.... □

المراجع العربية

١ ـ محمد احمد النابلسي: الامراض النفسية وعلاجها ـ دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية، المنشورات الجامعة ط ١ (١٩٨٥)، ط ٢ (١٩٨٧).

٢ ـ محمد احمد النابلسي: الصدمة النفسية ـ علم نفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية ـ بيروت (١٩٩٢) ـ بالاشتراك.

٣ ـ محمد احمد النابلسي: سيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية، دار النهضة العربية ـ بيروت (١٩٩١) ـ بالاشتراك.

٤ ـ محمد احمد النابلسي: العقابيل السيكاترية والسيكوسوماتية والسيكولوجية للاوضاع الصدمية ـ رسالة دكتوراه .Ph.D غير منشورة. مقدمة للاكاديمية الهنغارية (١٩٩٢) Post Graduate School-Budapest.

٥ ـ محمد احمد النابلسي: رسم الزمن في اوضاع الكارثة ـ ورقة مقدمة الى المؤتمر العالمي الثامن للطب النفسي ـ اثينا ١٩٨٩ ـ بالاشتراك مع اليزابيث موسون ـ منشورة بالعربية في مجلة الثقافة النفسية العدد الثاني، ابريل (١٩٩٠).

٦ ـ محمد احمد النابلسي: الحرب في المجتمعات النامية (مقالة) في مجلة الثقافة النفسية، العدد الاول، يناير (١٩٩٠).

٧ ـ محمد احمد النابلسي: امراض الحرب اللبنانية ـ ورقة مقدمة الى مؤتمر «نحو علم نفس عربي» ـ طرابلس (١٩٩٢).

٨ ـ **محمد احمد النابلسي:** الشباب في مجتمع الحرب الاهلية اللبنانية، محاضرة في الرابطة الثقافية نشرتها مجلة الثقافة النفسية العدد ٨ (١٩٩١).

٩ ـ **محمد احمد النابلسي:** المرأة اللبنانية بين الحرب والاسرة ـ مجلد جمعية تنظيم الاسرة بعنوان «المرأة والحرب في لبنان» ـ بيروت (١٩٩٠).

١٠ ـ **محمد احمد النابلسي:** الامن الاجتماعي والانصهار الوطني ـ محاضرة في مؤتمر «المثقفون والانصهار الوطني» نشرتها مجلة الثقافة النفسية في عددها التاسع ـ يناير (١٩٩٢).

١١ ـ **محمد احمد النابلسي:** اخطاء التشخيص السيكاتري. في مجلة الثقافة النفسية، العدد ٣٧ ـ يناير (١٩٩٩).

١٢ ـ **محمد احمد النابلسي:** عصاب الكارثة في العيادة العربية، فصل في كتاب للمؤلف صدر عن دار الطليعة تحت عنوان «نحو سيكولوجيا عربية» ـ بيروت (١٩٩٥).

١٣ ـ **اليزابيث موسون:** المعاصرة في نظرية النوراستانيا عند سوندي ـ مجلة الثقافة النفسية العدد السابع عشر ـ يناير (١٩٩٤).

المراجع الاجنبية

1 - **Ali Sami:** De la Projection, Payot 1970.

2 - **Crocq, L:** P.T.S.D. ou Névsose Traumatique in Psyenergie, 1988.

3 - **Crocq, L et al:** Névrose de guerre est strers de Combat, in psy medicale, 1978, 10, 9, 1705, 1718.

4 - **Chek List for Evaluation of Somatic symptoms.**

5 - **Desportes Caroline:** Regard Historique sur l'hypochondrie, dans Bulletin de C.F.R.P. - Paris, 1985.

6 - **Delay, J:** Introduction à la medecine psychosomatique, ed Masson, 1961.

7 - **Kraft ebing:** Lehrbuch du Psychiatrie, sttutgard, 1890.

8 - **Freud. S.:** Fragment d'une analyse d'hystèrie.

9 - **Freud. S.:** Ma vie et la Psychanalyse.

10 - **Freud. S.:** La naissance de la Phsychanalyse.

11 - **Freud. S.:** Pour introduire la narcissime, 1914.

12 - **Freud. S.:** L'état scherber, 1911.

13 - **Freud. S.:** Introduction à la Psychanalyse, 1917.

14 - **Freud. Breur:** Etudes sur l'hysterie, 1895.

15 - **Freud, S:** Essaies de Psychanalyse, Paris, P.U.F. 1969.

16 - **From. E.: Freud:** L'Analyse de sa personalité et de son

influence P.U.F. Paris.

17 - **Ey. H:** Etudes Psychiatriques, Desclée de Brouwer, Paris 1948.

18 - **Jonnes E.:** La vie et lœuvre de Sigmund Freud. P.U.F. Paris, 1969.

19 - **Klein, M et Al:** Developments in Psyco-analysis, Londre, Hogarth Press, 1552.

20 - **Laplanche. J. et J.B. Pontalis:** Vocabulaire de Psychanalyse, P.U.F. Paris.

21 - **Morel:** Traité des maladies Mentales - 1860.

22 - **Marty. Pierre:** L'ordre Psychosomatique, Payot 1981.

23 - **Marty. Pierre:** Les rêves chez les malades somatiques, I.P.S.O. 1983.

24 - **Marty. P.:** Les Mouvements individuels de vie et de mort, ed payot 1976.

25 - **Moussong, E.K, Naboulsi, M.:** Representation du temps dans le Desastre, VIII Congrès mondial de Psychiatrie, 1989.

26 - **Mc Farlane, A.C:** (1988) The Longitudinal course of psottraumatic morbidity: The range of outcomes ans their predictors, Jornal of Nervous ans mental disease, 176: 30 - 39.

27 - **Naboulsi, M:** Séquelle psychiques et psyohosomatiques de la guerre libanaise, Académie Hangoroise, P.G.S. - Budapest - 1992.

28 - **Naboulsi, M:** War and Developing Societies. in Terapeutica Hungarica, 1990.

29 - **Pelicier, Y:** Espace et psychopathologie, Paris, Economica, 1983.

30 - **Raphael, B. and Middleton, W.:** Research Proposal, 1986.

31 - **Raab. W., Chaplin, J., and Bajus,:** e: Myocardial Necrosis Produced in domestical rats ans in wild rats by sensory and emotional stress. in Pro. Soc - Biol, Med. 166, 665, 1964.

31 - **Schneider P.B:** L'angoisse devant l'état de maladi, ed expansion sientifique Francaise, Paris 1963.

32 - **Selbini Maie:** Thèse inedite. contribution à la Psycho-pathologie du vècu corporelle, 1967.

33 - **Shore, J.H., Tatum, E. L., and Vallmer, W.M.:** (1986). Psychiatric reactions to disaster: The Mount St Helens Experience. American Journal Psychiatry, 143: 590 - 595.

34 - **Weiss, D.S., Horowitz, M. J. and Wilner, H.:** (1984) The stress response rating scale: a clinician's measure for rating the response to serious life events. British Journal of Clinical Psychology, 23: 202-15.

الفصل الرابع

برنامج مقترح لعلاج الاسرى اللبنانيين والعرب

مقدمة

استمر الصراع العربي ـ الاسرائيلي منذ قيام اسرائيل ولغاية اليوم. وكان لهذا الصراع وجوه متعددة بينها الحروب التقليدية (١٩٤٨ ـ ١٩٥٦ ـ ١٩٦٧ ـ ١٩٧٣) وحرب الاستنزاف وحروب العصابات بالاضافة للوجوه الحضارية (من ثقافية واعلامية وتنافسية عامة) لهذا الصراع. الا ان الانسحاب الاسرائيلي من جنوب لبنان يكرس نهاية مختلفة لاحد وجوه هذا الصراع، اذ يأتي هذا الانسحاب كانتصار عربي ناجز للمرة الاولى في تاريخ الصراع.

في المقابل عملت اسرائيل لتحويل هذا الانتصار الى قنبلة جاهزة لتفجير كل التناقضات القابلة للتفجير. واعتمدت في ذلك على اثارتها للفوضى الديموغرافية وتعزيزها قبل تحقيق الانسحاب الذي ارادته مفاجئاً لزيادة اثر هذه الفوضى. هذا على الصعيد السياسي. اما على الصعيد الانساني فان اول صفات الانسحاب الاسرائيلي كانت في وضعنا امام المعاناة المأساوية للاسرى والمعتقلين لديها والمطلق سراحهم بمناسبة الانسحاب. حتى باتت مسألة اعادة تأهيل هؤلاء

الاسرى مسؤولية انسانية واخلاقية ملقاة على عاتق الاختصاصيين خلال المرحلة الاولى من اعادة التأهيل وعلى المجتمع اللبناني ككل في المراحل اللاحقة.

ولعله من المؤسف ان نذكر بانعدام وجود استراتيجية عربية واضحة لعلاج الاسرى بالرغم من سنوات الصراع الطويلة ومن وقوع الاف الاسرى العرب بيد اسرائيل خلال هذه السنوات[١]. وهذا الواقع يدفعنا لاقتراح هذا البرنامج العلاجي لحالات الاسرى اللبنانيين. وهو قابل للتعميم في حالات الاسرى العرب عامة[٢].

١ ـ صدمة الأسر

تحت تعريف الصدمة النفسية تندرج مجمل الحالات التي يحس اصحابها بتعرض حياتهم لتهديد جدي نتيجة لحدث (او لجملة احداث). وبذلك فان مصطلح الصدمة يستخدم في تعريف حالات نفسية شديدة التباين. بدءاً من الاحساس الخاطئ بوجود تهديد للحياة ولغاية التعرض الى حوادث صدمية عنيفة. ولعل صدمة الاسر هي واحدة من اقسى الصدمات النفسية المعروفة. وقساوة هذه الصدمة ترتبط بالظروف الخاصة والمميزة لتجربة الاسر.

واذا اردنا تحديد العوامل المولدة لقساوة تجربة الاسر، كتجربة صدمية، فاننا نركز على العوامل التالية:

١ ـ استمرارية الشعور بتهديد الحياة طيلة فترة الأسر. وهذه الاستمرارية تعني تراكم مشاعر التهديد والصدمة وتعاقبها. بحيث تتحول الحالة من وحيدة الصدمة الى متعددة الصدمات.

٢ ـ تؤدي تراكمية الصدمات (تهديدات الحياة) مصحوبة بظروف الأسر المذلة الى تخطي الاسير لعتبة الخوف من الموت، بحيث يمر بفترات يتمنى فيها الموت ويرى فيه خلاصاً من عذاب الاسر. ثم تعقبها فترات يتضخم فيها خوفه من الموت ويكون جاهزاً لتقديم التنازلات.

٣ ـ أدى تطور تقنيات الاستجواب الى نصح كافة المتعرضين لخطر الأسر بالاعتراف المباشر توفيراً لتعرضهم للعذاب بدون طائل في حال اسرهم. وهذه النصيحة تعطينا فكرة عن مدى وحشية هذه التقنيات.

٤ ـ ترافق الاسر في مراحلة الاولى (فترة الاستجواب) مع حرمان الاسير من النوم والحرمان الحسي (غرفة مظلمة، هدوء صعب يصحبه ضجيج مفاجئ... الخ) مما يدفع بالاسير نحو فقدان توازنه النفسي منذ الايام الاولى للأسر(٣).

٥ ـ اعتماد اسرائيل لتقنية جديدة في التعذيب تسمى بـ «الرجرجة» وهي اختراع اسرائيلي مسجل. يقوم على منع الاسير من الراحة اثناء ساعات النوم. وذلك عن طريق رجرجة وسادته المستمرة (عبر الة خاصة). والمهم فيها هي رجرجة الرأس(٤).

٦ ـ الاذلال المعنوي بطرق شديدة الاختلاف والتنوع وبحسب الرغبات الانتقامية للمحققين. وهذه الرغبات لا ترتبط فقط بالخطورة المفترضة للأسير بل تكون احياناً على علاقة بمزاجية المحقق وساديته.

٧ ـ دفع الاسير نحو حالة من الخدر الحسي (تخدير حواسه وردود فعله الاعتيادية) بحيث يفقد (مؤقتاً) قدرته على التفكير المنظم.

٨ ـ غالباً ما تترافق التهديدات الموجهة لشخص الاسير وجسمه وحياته وكرامته مع تهديدات شبيهة لأعزائه.

وتضاف الى مجمل هذه العوامل ظروف الاسر الحياتية (اكتظاظ في زنزانات ضيقة وسوء التغذية والتهوية... الخ) وعوارض الانقطاع القسري عن ممارسه الحياة العادية وايضاً التفكير السلبي تشجعه وضعية الاسر الاضطهادية وتدفعه باتجاه الشكوك المرضية (خيانة الاعزاء له) التي تصل احياناً الى حالة **هذيان الاسر** ومعها الاحباط والاكتئاب وغيرها من ردود الفعل النفسية المتنوعة

التي ترافق المعاناة وصولاً الى تدمير التوازن النفسي والقدرة الوظيفية ـ الاجتماعية وكذلك قدرات التكيف لدى الاسير.

بعد هذا الشرح المختصر لظروف الاسر نأمل الموافقة على اخراج تجربة الأسر من تصنيف اضطرابات الشدة عقب الصدمية (P.T.S.D)، لان هذا التصنيف لا يحتمل ولا يتضمن عناصر معاناة الاسر. ولعله واجب الحصر في حالات الصدمة الوحيدة(٥).

٢ ـ حجم المشكلة

لا تتوافر الاحصاءات حول عدد الاسرى العرب في المعتقلات الاسرائيلية. كما تنعدم الاحصاءات المتعلقة بأعداد المعانين من صدمات الاسر الاسرائيلية على مرور سنوات الصراع. اضافة الى غياب المعالجات النوعية الاختصاصية في الدول العربية. وهذا الغياب يفوت علينا فرصة الاطلاع على تقنيات التحقيق والتعذيب الاسرائيلية. كما انه يحول دون تحديدنا للحجم الحقيقي للمشكلة. واذا اعتمدنا مبدأ المقارنة لوجدنا ان الاحصاءات الاميركية تشير الى تعرض ١٥,٢٪ من الجنود الاميركيين في ڤيتنام للاصابة باضطراب الشدة عقب الصدمية (اي ما يوازي ٤٧٩ الف جندي من اصل ٣,٦ مليون جندي اميركي قاتلوا في ڤيتنام). الا ان هذه الاحصاءات لا تميز بين انواع التجارب الصدمية. ولكنها تكتفي بالحديث عن درجة عالية من التوتر. والمصابون به يجدون صعوبات تكيفية اكبر وهم يقبلون على الطلاق بنسبة مرتفعة.

وبما اننا اعتبرنا تجربة الأسر متخطية لتشخيص اضطراب الشدة عقب الصدمية(٦) فاننا لا نجد في هذه المقارنة فائدة تذكر من الناحية الاحصائية. اما لجهة تبين حجم المشكلة من خلال توقع نوعية الازمات التي سيواجهها الناجون من الاسر الاسرائيلي فاننا نفضل اجراء المقارنة بين تجربة الاسر وبين دراسة كنا

قد اعددناها في العام ١٩٨٤ حول تجربة العزل في مصحة مرضى السل[٧] مع التنويه باختلاف مصدر التهديد. حيث يوجد عدو محدد ومعروف للأسير في حين ان المرض (كارثة طبيعية) هو المهدد في حالة مريض السل. لكنّ التجربتين تشتركان في محورين مرضيين شديدي الاهمية في رسم استراتيجية العلاج وهما:.

١ ـ **عنف مشاعر الخسارة:** وترتفع حِدة هذه المشاعر مع ازدياد فترة الغياب. وتترافق مع اتهامات ضمنية للاعزاء بسبب المقارنات التي يقيمها الشخص بين حالته اثناء الغياب (الأسر) وبين استمرارية هؤلاء الاعزاء في حياتهم الطبيعية. وهذه الاتهامات ممكنة التظاهر بصور مباشرة او ملتوية. وفي كلتا الحالتين فانها تعيق الشخص عن التكامل في محيطه الاسري والاجتماعي. ومشاعر الخسارة هذه هي المسؤولة عن ارتفاع نسب الطلاق لدى المتعرضين لتوترات حادة.

٢ ـ **التطلب الزائد:** يفترض الاسير (والغائب قسراً) لدى عودته للحياة الاجتماعية بان كل المحيطين يجب ان يعاملوه معاملة خاصة. تتميز بالاحترام والعطف والحنان والتعاطف الزائد. وهو لا يكتفي بمشاعر المودة العادية التي تبدأ متدفقة لحظة عودته ثم تخفت مع الوقت.

ظ ـ العوارض السيكاترية للأسر

من وجهة النظر السيكاترية تمكن مقارنة تجربة الاسر بحالات القلق العارم الذي يمتد لفترات طويلة. والذي يمكنه ان يصل الى حدود النوبات الهذيانية المألوفة لدى نسبة من الاسرى او حتى لدى المساجين العاديين. حيث يطلق على هذه النوبات تسمية **«هذيان الاسير»**. اما عن العوارض الاكلينيكية العامة فهي مزيج من اثار العزل والتعذيب وضغوطات الاسر. واهم هذه العوارض:

١ ـ **الافكار الدخيلة:** وهي افكار طارئة على سياق التفكير العادي

للشخص. وهي تمتاز بطابعها القهري الذي يجعلها تسيطر على وعي المريض فتسيطر على تفكيره وتعيق قدراته التكيفية.

٢ ـ **اضطرابات النوم:** وتصادف على انواعها لدى الاسرى حيث يرتبط بعضها بالتعذيب والحرمان الحسي اثناء الاسر وخصوصاً بالرجرجة الاسرائيلية، حيث يرتبط الأرق الصباحي بالاكتئاب وبمشاعر الحداد على الانا، في حين يرتبط أرق الاغفاء بمشاعر القلق والخسارة. اما عن نوعية النوم وتعاقب مراحله فانها تتعرض لاضطرابات عميقة وواجبة العلاج لدى الاسرى[٨].

٣ ـ **السلوك التجنبي:** وينجم عن شعور الاسير بانخفاض مستوى الاهتمام الاجتماعي به مقارنة مع ما كان يتخيله. اضافة الى صعوبة عودته لحياته الاجتماعية السابقة والى تهاوي ثقته بقدراته الذاتية وايضاً الى الاتهامات الضمنية المشار اليها اعلاه.

٤ ـ **علائم القلق:** حيث تتبدى لدى الاسير حالة قلق ترسبية، هي في الواقع استمرار لحالة قلق الاسر. وتتفجر هذه العلائم لتأخذ اشكالاً حادة عندما تسيطر الافكار الدخيلة وذكريات الاسر ومشاعر الاضطهاد على الاسير المحرر. وتأخذ هذه العلائم كافة الوان حالات القلق العارم، فتتبدى بمشاعر تَوَقُّع الاسوأ والخوف من المستقبل اضافة الى العلائم الجسدية (تسارع النبض، دوار، مضايقات تنفسية وهضمية وعضلية... الخ). ويمكن لهذا القلق ان يتطور باتجاه الوساوس المرضية ومخاوف الموت.

٥ ـ **المشاعر العدوانية:** وتغذيها رغبة الانتقام للاضطهاد الذي تعرض له في الاسر. وتتوجه احياناً نحو المحيط بسبب الاتهامات الضمنية (المبطنة) للمحيط الذي عاش حياة طبيعية اثناء معاناة الاسير لأسره.

وهذه المشاعر هي المسؤولة عن حالات الكرب الزوجي والعزلة وفرط الاحساس وتوارث الغضب العارم (السعير) وفرط التهيج... الخ.

٦ ـ **العوارض الصدمية:** وهي العوارض المألوفة في حالات اضطراب الشدة عقب الصدمية (P.T.S.D) والتي تتضمن: كوابيس تكرارية وذكريات على علاقة بالصدمة (الاسر) ومعاودة معايشة الحدث الصدمي والاحساس بالانفصال عن الاخرين وزيادة الحساسية تجاه المثيرات العادية والانفجارات العاطفية... الخ من عوارض الصدمة.

٧ ـ **العوارض الاكتئابية:** وتكون عادة رد فعلية، اي انها تكون ناجمة عن التجربة الصدمية. وهي تزداد حدة بازدياد عنف معايشة الحدث الصدمي.

وبطبيعة الحال فان هذه العوارض لا تظهر جميعها بالحدة ذاتها. كما ان بعضها قد يؤخر ظهوره او حتى لا يظهر مطلقاً. اذ يمكن لبعض هذه العوارض ان يتطور بحيث تحجب بقية العوارض. اما عن الحالات الهذيانية الممكنة المصادفة لدى الاسرى المحررين فهي من نوع الهذيان العابر ويتم علاجها على هذا الاساس.

٤ ـ الدراسات التجريبية

كنا قد اشرنا الى اشتراك بعض وجوه المعاناة بين الاسرى وبين مرضى السل المعزولين قسراً في المصحات. ولعل تجربة العزل هي العامل المشترك الاكثر وضوحاً بين التجربتين. لذلك نعرض لتجربة اجريت في جامعة هاميلتون ـ كندا[٩] وتناولت ٨٧ متطوعاً جرى عزلهم عن المحيط الخارجي عزلاً تاماً في اجراءات مشابهة لزنزانات الاعتقال والاسر. واستمر العزل لمدة ١٥ يوماً. وبدأ بعد اخضاع المتطوعين لمجموعة فحوص نفسية وعصبية. ثم اعيد اخضاعهم لها بعد العزل وبالمقارنة بين النتائج لاحظت الدراسة ان اثار العزل هي التالية:

١ ـ خلل وظيفي في القدرات الذهنية (مثل اختبار المسائل الحسابية البسيطة).

٢ ـ اضطرابات ادراكية متنوعة ولكن محدودة (بصرية وسمعية وحسية).

٣ ـ ظهور تغيرات في التخطيط الدماغي (يعود الى طبيعته بعد ٧ ـ ١٠ ايام).

٤ ـ اضطرابات الذاكرة.

٥ ـ ضعف التركيز والانتباه.

٦ ـ اختلاط في التفكير (افكار طارئة ـ دخيلة يرفضها الشخص ويقرر لا معقوليتها).

٧ ـ ضعف الوظائف العقلية (تعود الى طبيعتها بعد اسبوع).

٨ ـ الحساسية الزائدة مع فرط التهيج وسرعة الاستشارة.

٩ ـ رهاب الضوء (الانزعاج من الضوء بسبب اعتياد الظلام).

١٠ ـ فقد المودة (لا مبالاة بالاخرين وبالنشاط الاجتماعي).

١١ ـ تفكير في العودة الى غرفة العزل (متلازمة السجين).

هكذا وبعد الاطلاع على العوارض السيكاترية وعلى ردود الفعل النفسية ـ العصبية امام تجربة العزل اصبح بالامكان طرق موضوع المقابلة التشخيصية لحالات الاسر. حيث يجب توجيه هذه المقابلة باتجاه تحري هذه العوارض وردود الفعل المشار لها اعلاه.

٥ ـ المقابلة السيكاترية

ونذكر هنا بنموذج المقابلة التي اقترحناها لفحص المصدومين العرب[١٠]. ونعتبرها صالحة للتطبيق في حالات الاسرى اللبنانيين. ونعرض في ما يلي: ١ ـ سير المقابلة و٢ ـ حيثيات المقابلة و٣ ـ نمو تطوير المقابلة.

١ ـ سير المقابلة

من المهم الاشارة الى ان المصدومين العرب يتجنبون طلب العلاج النفسي الداعم لهم في مواجهة الكارثة. فاذا ما تبدّت لديهم اعراض جسدية او نفسية

فانهم يفضلون طلب العلاج من العيادات والمستشفيات المعروفة من قبلهم، اذ يصرون على تجنب طلبه في المركز الذي قد انشئ خصيصاً لهذه الغاية. هذا ويسجل ماكفرلان[11] الملاحظة ذاتها بالنسبة للمصدومين الاجانب. لذا فان تعرف الفاحص على ظروف طلب المساعدة يكون ضرورياً كي يحدد خطوات سير المقابلة. من هذه الظروف نذكر:

١) ردة فعل نفسية عنيفة ومباشرة عقب الصدمة ـ قد تصل الى حد الذهان العابر ـ وهي الحالة الوحيدة تقريباً التي تصل الى العيادة السيكاترية في وقت مبكر وقد تتأخر في حالات مثل الاكتئاب الرجعي.

٢) **ردود فعل نفسية ـ فيزيولوجية:** تترافق غالباً مع الوساوس المرضية وتظهر بعد مرور بضعة اشهر على التعرض للصدمة. بعدها يفضل المريض اللجوء الى الاطباء العضويين لعلاج هذه المظاهر، بحيث يصل الى العيادة السيكاترية متأخراً بضعة أشهر او سنوات.

٣) **ردود الفعل السيكوسوماتية:** غالباً ما يتأخر ظهورها لبضع سنوات ثم تتفجر على شكل امراض او اضطرابات تتطلب التدخل الطبي ـ العضوي، مما يؤدي عادة الى استبعاد الطبيب النفسي وغالباً ما يتم تجاهل احتمالات العلاقة بين الصدمة وبين هذه الامراض.

٤) **ردود الفعل التراكمية:** قد يؤدي تكرار تعرض الشخص للاوضاع الصدمية الى اضطرابات تعقب الصدمة الاخيرة، الامر الذي يربك الفاحص ويطرح امامه اشكالية التفريق بين الاعراض المبكرة وبين تلك المزمنة.

ان اطلاع المعالج على هذه النقاط الاربع هو الذي يحدد سير المقابلة، فمن خلالها نستنتج ضرورة التدخل السيكاتري. فالمصدوم يصل الى العيادة بعد مروره بسلسلة من التجارب العلاجية وبعد خروجه من العيادات الاختصاصية بدون تصنيف، مما يترك لنا سبيلاً وحيداً لكسب ثقته وهذا السبيل هو التحكم

السريع بالمظاهر التي يشكو منها. هذا التحكم لا يمكنه ان يتم الاّ عن طريق العلاج الدوائي وربما باخضاعه لدورات التنويم. فاذا ما توصلنا الى التحكم بهذه المظاهر فاننا بذلك نكون قد كسبنا ثقة المريض، واعدنا له ثقته بجسده وبامكانية شفائه، مما يتيح لنا اتصالاً افضل وبالتالي فحصاً نفسياً أعمق يؤدي الى رسم خطة علاج نفسي داعم للعلاج الدوائي.

على الفاحص في هذه الحالات ان يقنع المفحوص بان حالته تنتمي الى مجموعة مألوفة من الاعراض، وبالتالي فانه ليس وحيداً في معاناته التي لا تملك من الفرادة سوى انها لم تبدأ علاجها بعد. على ان تجري هذه المقابلة في العيادة فاذا ما احس الفاحص ان المريض قد فقد ثقته بالطب وبالاطباء فان عليه ان يركز على الفحص الجسدي وان يقوم به بدقة معطياً اياه وقتاً اطول، مع مراجعة جميع الفحوصات الطبية التي يحضرها معه المريض عادة. مع التنويه هنا بان الفحص في المراكز المخصصة للضحايا يختلف عن الفحص في العيادة التي تعتبر ارضاً محايدة بالنسبة للمفحوص وتجنبه الاستجابة بطريقة الانفعال او بمحاولة طلب مساعدات غير علاجية. على ان تجري المقابلة بالانفراد مع المريض وان تؤكد له سريتها، وان كان من الممكن ان تسبق هذه المقابلة مقابلة مع احد المحيطين بالمريض.

٢ ـ حيثيات المقابلة

تهدف هذه المقابلة الى التوصل الى نقاط محددة هي التالية:

١) استبعاد التطورات الدرامية للحالة وتأمين سبل الوقاية منها (مع الاستعانة بالزملاء العضويين اذا اقتضت الحاجة).

٢) تحديد الثغرات المعرفية التي تعيق المريض عن تعقيل حالته، اي الموانع التي تدفعه الى رفض فكرة وجود علاقة بين حالته الانفعالية وتلك الجسدية. من هذه الثغرات ما ذكرناه سابقاً حول: ١) التكتم، ٢) المظاهر الهيستيرية، ٣)

الوساوس المرضية.

هنا تجب الاشارة الى الالتزام بعدم المبالغة في قيمة هذه العلاقة الا اذا كان الفاحص متأكداً من انتماء شكاوى المريض الى احد انماط الاضطراب الصدمي المعرّفة عيادياً.

٣) تحديد الظواهر المتكررة. فعندما تتكرر الظواهر لا يعود من الممكن ان نردها الى الصدفة، بل علينا ان نجمع المعلومات حولها باحثين عن اسباب تكرارها وظروف هذا التكرار، الامر الذي يمكنه ان يساعدنا في تعريف ادق لانماط الاضطراب، كما يساعدنا على اغناء الخطة العلاجية لهذه الانماط.

٤) تحديد الشكاوى الدافعة الى طلب المقابلة وذلك على الاصعدة الثلاثة:

أ ـ **النفسي**: ردود فعل انهيارية او قلقية او هيستيرية او وسواسية او غيرها.

ب ـ **الجنسي**: اضطرابات القذف والإنتصاب، البرودة الجنسية او المهلبة.

ج ـ **الجسدي**: اضطرابات وظيفية او اضطرابات عضوية.

مع العمل على تبيان مدى تداخل هذه المظاهر وانتمائها الى اكثر من صعيد، فهذا التبيان هو الذي سيقود خطة العلاج الدوائي.

٥) تحرّي مدى قابلية المفحوص للخضوع الى الفحوصات النفسية الاكلينيكية، والعمل على تهيئته لذلك في حال عدم القابلية.

٣ ـ نحو تطوير هذه المقابلة

ان هذه المقابلة هي خطوة متواضعة على طريق ارساء منهجية عربية متكاملة التعاطي مع الحالات الكارثية. هذه المنهجية التي تقتضي التعاون بين باحثينا وتبادل الخبرات بينهم وصولاً الى مناقشة جميع تفاصيل التدخل

العلاجي، بدءا من توزيع الادوار وتحديدها مرورا بتحديد اطر التدريب على مواجهة الكارثة ومعايشتها وضبط السلوك خلالها وتوجيهه باتجاه الاقلال من اضرار الكارثة، ثم العمل على تنمية اساليب دعم الضحايا واطلاعهم على انماط الاضطرابات التي قد تنجم عن الكارثة واساليب التكيف بعدها. كل ذلك من خلال استراتيجية محددة لسبل الوقاية والفحص والعلاج.

اننا في مركز الدراسات النفسية نوالي جهودنا في هذا السبيل ونعلق اهمية بالغة على الدراسة مفهوم الموت في الفكر العربي وانعكاساته على الصعيد الفردي من خلال اسلوب معايشة الزمن. من هنا تطبيقنا لاختيار رسم الزمن (الوقت). كما ترجمنا ٣٨ اختباراً مخصصاً للاوضاع الكارثية اضافة الى العديد من مناهج البحث والحالات العيادية. لكننا نرى من الرعونة ان تقوم مجموعة محددة من الأفراد بطرح منهجية قومية وتدعي انها متكاملة. من هنا دعوتنا الى قيام الجمعية العربية للدراسات الكارثية ودعوتنا الى مناقشة هذه المقابلة المقترحة. وخصوصاً تعريف انماط الاضطراب الوارد في سياقها.

٦ ـ التقنيات العلاجية المقترحة لعلاج الأسرى

ذكرنا في سياق الحديث عن المقابلة ان الاسير يعاني من جملة اضطرابات فيزيولوجية لا يمكن التحكم بها الا عن طريف العلاج الدوائي. كما ذكرنا العوارض الجسدية المصاحبة للقلق الناجم عن الاسر ومعها تغيرات تخطيط الدماغ لدى المتعرضين للعزل. وجملة هذه العوارض الجسدية، اضافة للاضطرابات الادراكية المتنوعة، تجعل من الضروري ان نبدأ العلاج بدورة تنويم تمتد على مدى اسبوع كامل. لذلك رأينا ان نشرح هذه الخطوة الطبية قبل الانتقال لعرض تقنيات العلاج النفسي الداعم.

١ ـ العلاج بالتنويم (Cure de Sommeil)

تشير الدراسات السيكاترية الى نجاح هذا العلاج في حالات الاكتئاب

المقاوم للعلاج كما في حالات الصدمة المصحوبة بتوتر يفوق قدرة الاحتمال العادية. وتمكن ملاحظة التحسن عبر مراقبة تراجع علائم عدم ثبات الجهاز العصبي - النباتي (Labilité Neuro-Vègètative) وتمكن مراقبة هذا التحسن بالوسائل المتاحة، بحيث تكفي واحدة من الوسائل التالية:

أ ـ **تخطيط الدماغ**: حيث يظهر التحسن بتراجع موجات بيتا وعودة موجات الفاللهيمنة.

ب ـ الات التغذية الرجعية (Biofeed Back): حيث يتبدى الانتظام التدريجي للإيقاعات (Rythme) الحيوية.

ج ـ **تخطيط الجلد**: حيث يشير هذا التخطيط الى الانخفاض التدريجي للتوتر (Stress) على صعيد الجلد.

وفي حال عدم وجود هذه الآلات يمكن استخدام اختبار قمع الديكساميتازون Dexametazone Test Soppression (D.T.S). حيث نلاحظ تنامي قدرة الجسم على قمع الديكساميتازون مع تقدم التنوعي.

٢ ـ العلاج النفسي الداعم

يمكن لهذا العلاج ان يستخدم تقنيات علاج - نفسية متعددة اهمها(*):

١ ـ تقنية ازالة التحسس المنهجي (Systematic Desensitization): هو اسلوب علاجي منهجي يستند الى علم النفس السلوكي العيادي والى الطب النفسي التجريبي. واضع هذه التقنية هو العالم جوزيف ولبي (Wolpe.j) وهي تقوم على فرضية امكان اطفاء سلوكيات وعادات الخوف المتعملة الاشراطية وحالات القلق العصابية من خلال تجزئة عنصر القلق او الخوف المتعلم الى وحدات خوف توقعي متدرجة تدرجاً هرمياً تصاعدياً في قوة اثارتها للقلق التخوفي (اي المواقف اقل استشارة لاستجابة الخوف وايها اكثر اثارة للخوف)

(*) انظر محمد حمدي الحجار.

بفواصل على سلم هرمي. بحيث لا تتجاوز قوة الاثارة التخوفية لكل موقف على هذا السلم الـ ١٥٪ كوحدة شدة حتى الوصول الى قمة السلم الهرمي. حيث الخوف المراد اطفاؤه وإزالته.

تستند هذه التقنية الى تجارب مخبرية اجريت على الحيوانات. ثم من خلالها تطبيق الاشراط الاجرائي (Operant Conditioning) لخلق العصاب الرهابي عند الحيوان(اصطناعياً) ومن ثم ازالته من خلال مبدأ الاثابة والعقوبة (الاثابة هي الطعام والعقوبة هي صدمة كهربائية).

من الممكن نقل هذه التقنية لتطبيقها على الانسان بهدف ازالة الاشراط الرهابي (التخوفي) او القلقي من خلال الاخذ بالاشراط الاجرائي القائم على تعريض المصاب بالرهاب للعنصر المولد لخوفه بتجزئة الموقف الرضي (الذي تعرض له في الاسر او أثناء القتال) الى وحدات وفقاً للسلم الهرمي المشروح اعلاه. على ان يكون الشخص في حالة استرخاء لمدة ١٠ ثوانٍ. ثم يتم تكرار العملية من تعريض للخوف واسترخاء متزامن حتى يُبلغ المتعالج ان خوفه قد انخفض حتى وصل الى نسبة ٥ ـ ١٠٪ من قوته الاولية قبل التعريض بالتخيل الحي للموقف الرضي. بعد ذلك ينتقل المعالج الى الموقف التالي في الشدة على السلم الهرمي ويتعامل معه بنفس الاسلوب وهكذا حتى يصل الى قمة السلم الهرمي وفيه الموقف الرهابي (التخوفي) الهدف الذي يريد العلاج اطفاءه والسيطرة عليه. لنقل مثلاً الخوف من الطائرات او الموقف القتالي الرضي الذي عاشه اثناء الحرب او في الاسر. بذلك تكون قد تمت ازالة التحسس التخوفي المنهجي المتدرج باطفاء مخاوف المتعالج.

لتدعيم ازالة هذا الخوف يتم التعامل معه ميدانياً مثال ذلك ان نعرض المصاب بعصاب الاسر الى مواقف شبيهة بتلك التي خبرها اثناء الاسر «بهدف تعزيز الاطفاء والاستجابة الرهابية ـ الرضية بالتدرج ذاته الذي تم على مستوى

التخيل في المرحلة الاولى». مثال ذلك ان نعرض للمتعالج فيلماً قتالياً يماثل الموقف الرضي الذي تعرض له او اسماعه تسجيلاً لاصوات المعارك.

ويمكن القول ان غالبية الحالات ممكنة الشفاء بهذه الطريقة وعلى مستوى التخيل لوحده. حيث دلت الدراسات التجريبية المقارنة على ان العلاج التخيلي قادر على نقل الخبرة المكتسبة، المزيلة للخوف، الى ميدان الخبرة الواقعية (انتقال ازالة الاشراط بواسطة تخيل المنبه المثير للخوف ينجح كما يبدو في الانتقال الى الواقع بنسبة ٨٥٪) اي بتعبير اخر فان الشخص المتعرض للرضوض والمعالج بهذه الطريقة يشعر ان خوفه قد زال بنسبة ٨٥ ـ ٩٠٪ لدى مواجهته الفعلية للمنبه الذي يثير خوفه.

ان الاساس العلمي لهذه التقنية يستند الى قاعدة علاجية سلوكية هامة هي: ان الاستجابة (التخوفية) الرهابية تصبح اضعف عندما تجابه باستجابة استرخائية معاكسة، اذ لا يمكن لانسان ان يكون متوتراً وخائفاً ومسترخياً في الوقت ذاته. هذا التضاد هو الذي يضعف الاستجابات القلقية والرهابية[١٢] لقد استخدمت اسرائيل هذه التقنية في علاج الرضوض النفسية القتالية لدى عساكرها في حرب تشرين (١٩٧٣) على مستوى واسع النطاق[١٣].

كما يمكن، وباسلوب آخر بديل ومعدل لهذه الطريقة، تعريض المتعالج اى المنبه المثير للرهاب (تخيلياً) بدون تدرج ودفعة واحدة شرط ان يكون في حالة استرخاء لمدة معينة (٣ دقائق مثلاً). ثم تزداد هذه المدة الى ٥ و١٠ و١٥ دقيقة من الاسترخاء، مع تعريض المعالج للمنبه المثير للخوف بصورة تناوبية حتى يضعف هذا الخوف بدرجة كبيرة. كما يمكن ايضاً استبدال التخيل بتعريض المتعالج للمنبه المثير للخوف بصورة مباشرة (كما يبدر في الواقع). مثال ذلك استخدام الاصوات والافلام التي تجسد وقائع مشابهة للمنبه مثير الخوف. وتسمى هذه الطريقة بالإفاضة (Flooding) وهي اسرع من الطريقة الاولى

المتدرجة ولكنها قد تكون اكثر اثارة للخوف. مما يدعو لتجنب الافاضة لدى اشخاص يعانون من بعض الامراض العضوية المتأثرة بالانفعالات (مثل امراض القلب والربو... الخ) على ان كلتا الطريقتين تستدعيان تدريب المتعالج على الاسترخاء لغاية الاتقان وذلك قبل التعريض العلاجي المذكور اعلاه.

٢ ــ تقنية العلاج عن طريق ترميم البنية المعرفية[١٤] Cognitive Restructuring Therapy:

يُعَدّ كل من البرت اليس (Ellis, A)ورون بيك (Beck, R) من رواد العلاج المعرفي. فأليس هو صاحب تيار «العلاج العقلاني ـ الانفعالي» (Rational Emotional Therapy) الذي يقوم على النظرية المثبتة تجريبياً وعيادياً حيث ثبت ان الاحداث الخارجية تبدو حيادية ولا دخل لها اطلاقاً في اثارة الانفعالات (افراح، اتراح، انهيار، قلق... الخ) لدى الناس. فهذه الانفعالات انما تنجم عن افكارنا التي بكونها عن هذه الاحداث وعن اسلوب تأويلنا لها وتوقعاتنا حيالها. اذاً فهذه العوامل (اسلوب تعقيل الاشياء) هي التي تولد انفعالاتنا محددة بذلك تصرفاتنا وانماط سلوكنا. فالبنية المعرفية هي الوسيط بين الاحداث الخارجية وبين الانفعالات والاستجابات السلوكية امام هذه الاحداث. فاذا اردنا ابدال الانهيار والاضطراب الانفعالي او السلوكي الذي يصيبنا فلا بد لنا من تبديل التفكير الذي ولد هذه الاضطرابات بتفكير اكثر عقلانية وواقعية ومنطقية. وان الاحاديث مع الذات هي ترجمة لتفكيرنا وتخيلاتنا. فالتعامل مع المواقف المتوترة يكون بتبديل التفكير او الاحاديث مع الذات المولدة للقلق والتوتر او الاحباط وغيرها من الانفعالات السلبية.

تُعد هذه المدرسة الحديثة قائمة بذاتها في علاج الاضطرابات العُصابية[١٤] والعادات السيئة المؤذية للصحة، وعلاج الادمان ضد المخدرات وايضاً العلاج الاسري والزوجي.

ان هذا النوع من العلاج هو السائد في الولايات المتحدة الاميركية بالمشاركة مع العلاج النفسي السلوكي. وان نتائج العلاجات بدت مشجعة للغاية وايضاً في اضطرابات الشدّات الرّضية القتالية والاسر اللاحقة. وكاتب هذا البحث (الدكتور حجار) حصل على نتائج علاجية مشجعّة جداً في علاج الادمان على المخدرات والمسكرات والرضوض القتالية النفسية بهذا النوع من العلاج.

٣ ـ تقنية العلاج النفسي التخيلي IMAGERY THERAPY

يصف لنا العلامة، أرنولد لازاروس، وهو احد عمالقة العلاج النفسي المعرفي السلوكي، العلاج التخيلي بالقدرة الهائلة للعقل التي يمنحنا الصلابة النفسية، والثقة بالنفس، والشفاء من الأمراض النفسية، والتخلص من العادات الصحية كالشراهة نحو الطعام والتدخين، او الادمان على المخدرات، والمخاوف المرضية وغيرها...

العلاج التخيلي هو القوة الخفية غير المنظورة للعقل الذي يحافظ على صحتنا النفسية من الاعتلال والمرض وقد افادتنا الدراسات عن بعض السجناء، واسرى الحرب في معسكرات الاعتقال كيف انهم تمكنوا من انقاذ انفسهم من الانهيار النفسي من خلال تصنيع تخيلات عاشوها طوال فترة الاسر فبددت من كربهم، وشدائدهم (الهروب الى احلام يقظة موجهة سارة). فكان ذلك هروباً صحياً وقائياً. بهذا الوصف قدم لنا لازاروس كتابة الهام بعنوان: «بصر العقل»[١٥].

يمكننا حصر ميدان العلاج التخيلي بالاضطرابات التالية:

(١)تنمية الثقة بالنفس، واكتساب المهارات التعاملية الايجابية التكيفية.

(٢) علاج المخاوف وضروب القلق.

(٣) علاج المخاوف عند الاولاد الاطفال.

(٤) التغلب على التوترات النفسية والاكتئاب.

(٥) السيطرة على الاضطرابات السيكوسوماتية.

(٦) الوقاية من مآسي المستقبل وكوارثه.

يستخدم التخيل الموجه Guided Imagery في سياق التقنيات العلاجية السلوكية والمعرفية، وفي العلاج التنويمي، وايضاً في الكشف عن الرضوض النفسية المتوارية في اللاشعور. اذ بفضل التخيل الاقتراني Associated Imagery يمكننا ان نصرف الحوادث النفسية الراضية، المتوارية وراء انفعالاتنا واضطراباتنا النفسية التي تجهل اسبابها. فالمريض الذي يشكو من مشاعر القلق المجهولة الاسباب تطلب منه ان يسترخي ويغمض عينيه، ويضخم مشاعر القلق التي يشعر بها الى اعلى وتيرة ممكنة، ومن ثم نطلب منه أن يستبصر (انتباهه موجه نحو الداخل) التخيلات او الصور الذهنية او الافكار التي تلمع في ذهنه هذا التضخيم الارادي للقلق. ونجد بعد محاولات متعددة من الاسترخاء وتضخيم القلق انه يستعيد في ذهنه الحوادث المنسيّة الفاعلة في قلقه، وهذا ما نسميه بالتخيل التحريضي Evocative Imagery.

فالضحية الذي يعاني من قلق ومخاوف لا يعرف اسبابها، نطلب منه تحت تأثير التنويم الاسترخائي العميق ان يضخم هذا القلق وتكرر هذه العملية لندفع من اللاشعور، ننبش من ذاكرته بفعل التخيل القوي المضخم الحوادث والافكار المسببة لهذه الاضطرابات. كذلك فالشخص المرضوض من موقف قتالي، خلق عنده الاشراط التخوفي، نطلب منه تحت تأثير التنويم الاسترخائي ان يتخيل بحيوية قوية هذا الموقف الراض، وان يواجهه تخيلياً مواجهة متكررة (ازالة التحسس المنهجي بواسطة التخيل) على غرار ما شرحناه سابقاً حتى يتحرر من هذا الخوف الراض القتالي، وكذا الامر في مخاوف الاسر الرضية.

والفرد الذي يعاني من التوتر النفسي والقلق، نطلب منه ان يستلقي او يجلس على مقعد مريح، يتخيل مناظر سارة مفرحة يشرك كل حواسه في هذا النظر (التخيل الموجه لضعف قلقه او توتره النفسي بنقله الى حالة استرخائية تسيطر فيها موجة «الفا» الدماغية، ومثل هذه التقنية تتدرب عليها الوحدات القتالية في عمليات تدريبية سلوكية لاكتساب المهارات الاسترخائية المناهضة للتوترات والمخاوف، وايضاً في مكافحة ضغوط الاسر وشدائده (التدريب التعليمي ضد شدّات القتال وظروف الاسر).

مثال ذلك الفرد الذي قرر الاقلاع عن التدخين نطلب منه ان يتخيل كيف ان رئتيه وقد تحول لونهما القرمزي الى لون قطراني اسود داكن (الاشراط المنفر Aversuic Conditioning) حيث نقرن بواسطة التخيل الدخان بمرض السرطان وتضخم الرئة لنجعله يكره التدخين وذلك بجلسات متكررة من هذا القبيل، والشيء نفسه بالنسبة للبدانة حيث نكرّه المتعالج تناوله للسكريات والنشويات(١٦).

وهكذا نجد ان التخيل العلاجي الموجه هو اسلوب نستخدمه مع كل التقنيات العلاجية ـ المعرفية، وايضاً في العلاج التنويمي. واحياناً ينفع لوحده في ازالة بعض المخاوف المرضية المختلفة.

ويجب علينا ان نميز بين التخيل المرضي الذي هو عرض من اعراض الفصام والتخيل الارادي الموجه السوي الذي هو جزء من وعي ارادتنا وخاضع لسيطرتنا.

٤ ـ التدريب على تاكيد الذات ـ Self Assertiveness Training:

التدريب على تأكيد الذات هو اسلوب تعاملي ايجابي ضد استجابات القلق الاشراطية الكلاسيكية. اذ رغم ان ازالة التحسس المنهجي الذي ذكرناه هو التقنية الاكثر شيوعاً في ازالة الاستجابة التوترية القلقية. الا ان التدريب على

تاكيد الذات يُعد الاسلوب الاول الذي يدرس في علاج المخاوف الاجتماعية، والعلاقات الشخيصية Interpesonal السلبية.

يُعد هذا التدريب سهلاً نسبياً في تعليماته وتنفيذه، اذ يؤدي في حالات مناسبة وملائمة الى حدوث تبديل سلوكي هام خلال مدة زمنية تدريبية لا تتعدى عدة اسابيع. وهذا التدريب هو احدى الوسائل العلاجية السلوكية لازالة الاشراط الخاص بعادات استجابات القلق اللاتكيفية الشخيصية (العلاقات الشخصية الاجتماعية المتبادلة).

يفيد هذا النوع من التدريب في كل المواقف التي يكون فيها المتعالج سلبياً غير قادر على القيام بفعل سوي او تاكيد الانا نتيجة وجود خوف اجتماعي عُصابي: كالخوف من الكلام امام الناس، او تناول الطعام بوجودهم، او الرد على ازعاج يوجهه الناس اليه خوفاً من انتقاده. مثل استلاب الدور في الصف خلال قطع تذكرة لمشاهدة مسرحية او اوبرا... الخ. فالمخاوف من هذا القبيل والتي نسميها الشخيصية Interpersonal Frars يمكن اضافتها الى حد كبير بتدريب الفرد الذي يشكو من هذا الاضطراب بالتعبير عن ذاته وتأكيدها في مثل هذه المواقف الاجتماعية حيث يكون قلق «الانا» ومشاعر النقص هي السائدة في هذا الاضطراب ويؤكد الدكتور جوزيف ولبي ان المخاوف الشخصية ومن الجنس الاخر تؤدي الى انحرافات جنسية كرد فعل على تلك المخاوف. وان العلاج هنا لا ينصب على تصويب السلوك الجنسي المنحرف بل علاج المخاوف الشخصية ذاتها التي سبّبت هذا الارتكاس الجنسي التكيفي.

ان تأكيد الذات الذي نعنيه هو التعبير عن الذات بأساليب منطقية اخلاقية لا تخرج عن العرف والا كان مثل هذا السلوك نوعاً من العدوان الذي يرتد على صاحبه بمزيد من القلق بدلاً من تثبيطه.

تستند الية تاكيد الذات على انه مجرد التعبير عن رغبات الفرد ومواقفه

من موقف اجتماعي معين من شأنه اضعاف القلق الناجم عن كظم هذه الرغبات.

وتستخدم هذه التقنية في علاج اعراض الخوف الاجتماعي من الناس الذي نراه عند بعض الاسرى نتيجة انقطاعهم عن المحيط الخارجي بغية استعادة علاقاتهم الاجتماعية السوية.

٥ ـ التدريب على الاسترخاء واستخدام اجهزة التغذية البيولوجية الراجعة Biofeed Back Instrumentatin [١٧].

يُعد التدريب على الاسترخاء النفسي - العضلي بطرقه المتعددة (الاسترخاء العضلي التصاعدي Progressive Relaxative، الى الاسترخاء العام General Relaxative... الخ) المنفذ بالاستعانة باجهزة التغذية البيولوجية الراجعة[١٨] او بدونها (بواسطة الاشرطة التسجيلية او التدريب المباشر). فالتدريب على الاسترخاء هو اللبنة الاساسية في العلاج النفسي السلوكي - المعرفي، وفي الطب النفسي السلوكي الذي يتعامل مع اعراض واضطرابات بدنية نفسية المنشأ، كالصداع التوتري، وارتفاع الضغط الشرياني التوتري، ونوبات الربو القصبي... الخ.

رأينا كيف ان التقنيات العلاجية السلوكية مثل ازالة التحسس المنهجي تقوم بالدرجة الاولى على تدريب الفرد على تعلم الاستجابة الاسترخائية في تعامله مع المواقف الاشراطية المثيرة للقلق والمخاوف لاضعاف هذه الاخيرة. والامر نفسه بالنسبة للعلاج المعرفي الذي يستخدم الاسترخاء ايضاً في التعرف الاستبطاني على الافكار الخاطئة ورصدها والتي تسبب الانفعالات السلبية المنافية. وايضاً في تقنيات العلاج التخيلي التي تستخدم الاسترخاء لازالة المخاوف الاشراطية بالتخيل وبالاستعانة باسلوب ازالة التحسس المنهجي.

ان تبديل السلوك القلقي التوتري عند الفرد يقوم بالدرجة الاولى على

تدريب الفرد على الاسترخاء في مناهضته للمنبهات الخارجية المثيرة لتوتره وقلقه باكسابه مهارات الاسترخاء.

وهنا نستطيع القول ان التدريب على الاسترخاء هو اسلوب تعاملي يعاكس الموترات والقلق ويبدل السلوك التوتري بآخر استرخائي.

ونشير هنا الى ان علاج الالم بالطرق السلوكية ـ المعرفية (البدني او النفسي) يعتمد على تدريب الفرد على الاسترخاء بالدرجة الاولى. فالاسترخاء على المستوى البيوكيميائي يحرر في الدماغ ببتيد الاندورفينات والانكافيلينات (الافيون الطبيعي البيولوجي المسكن للالم.) كما ان الاسترخاء يحمي العضوية من التأثير التخريبي لسلوك التوتر المنبه لافزازات الادرينالين والكورتيزول في البدن حيث دلت الابحاث العصبية ـ البيولوجية الحديثة (علم النفس العصبي ـ المناعي) الى وجود علاقة تبادلية بين الاضطراب الانفعالي المزمن وتثبيط مناعة البدن المؤهب للامراض الخماجية Infections والاورام السرطانية[١٩].

وهنا يدخل التدبر بالتوتر من خلال التدريب على الاسترخاء بواسطة اجهزة التغذية البيولوجية الراجعة Biofeed back instrumentation من الباب الكبير في الطب النفسي السلوكي وعلم النفس الطبي لينافس اليوم الطب النفسي Psychiatry، او المعالجة الدوائية النفسية للاضطرابات السيكوسوماتية (الاضطرابات العضوية النفسية المنشأ). فأجهزة التغذية البيولوجية الراجعة اليوم المتنوعة (TEMP, GSR, EMG, EGG) تفيدنا في علاج كثير من الاضطرابات العضوية التي تعالج بالادوية النفسية مثل الصداع التوتري TENSION HEADACHE، وتناذر رينولد التشنجي (تقبض الاوعية المحيطية والشعور ببرودة الاطراف نتيجة فرط نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي)، وارتفاع ضغط الدم العصبي الأساسي، ومرض السكري (ترتفع مستويات سكر الدم عند المصابين بداء السكري بسبب التوتر النفسي). والربو القصبي، وفرط تنبيه المثانة

(كثرة التبوال)، وتهيج القولون، وغير ذلك من الاضطرابات العضوية النفسية المنشأ.

وثمة دراسة حديثة مُقارنة[٢٠] اجريت حديثاً على مجموعتين من الافراد العسكريين الذين يعانون من عُصاب القتال War Neurosis حاربوا في ڤيتنام، عولج افراد الفئة الاولى بالتغذية البيولوجية بواسطة جهاز تخطيط الدماغ EGG لتحريض اثارة موجتي الفا ـ بيتا للسيطرة على بعض اعراض متلازمة (تناذر) المرض النفسي القتالي التي تظهر بعد القتال (حالات القلق المزمنة، وصعوبات التكيف، والاكتئاب... الخ)، بينما عُولج افراد الفئة الثانية بالادوية النفسية المضادة للاكتئاب والقلق حيث اتضح من خلال نتائج اختبار منسوتا للشخصية المتعددة الاوجه MMPI الذي طبق على الفئتين قبل العلاج وبعده، ان الفئة التي عولج افرادها بجهاز تخطيط الدماغ لاستثارة موجتي الفا ـ وبيتا كانت النتائج العلاجية بالتغذية البيولوجية الراجعة افضل من اولئك الذين عولجوا بالادوية النفسية. كما دلت دراسة المتابعة على هذا الفرق العلاجي[٢١].

٦ ـ تقنية العلاج التنويمي الذاتي الاكلينيكي[٢٢]:

اخذ التنويم العلاجي الاكلينيكي مفهوماً مغايراً تماماً في التفسير والممارسات العلاجية لما كان عليه ايام المسمارية (نسبة الى ميسمر) حيث كان يسمى وقتئذ «بالتنويم المغناطيسي».

تسمى اليوم هذه التقنية بالعلاج التنويمي الحديث لانه يتضمن الطرق الاريكسونية الجديدة (نسبة الى العلامة اريكسون)، وايضاً التقنيات السلوكية ـ المعرفية التي ذكرناها.

ويمكن القول ان التنويم اليوم يُعد من طرق التعامل Coping methods مع الموترات Stressors، والاضطرابات النفسية التكيفية، والالم بكافة انواعه، وللتخلص من العادات الضارة بالصحة، والاضطرابات السيكوسوماتية

واضطرابات «الانا عموماً».

يُعد التنويم نمطاً من الاسترخاء العميق يتم اعداد المُتعالج به من اجل تطبيق التقنيات العلاجية النفسية ـ المعرفية او السلوكية، او العلاج التخيلي. كما وانه اداة هامة في الكشف عن الافكار والمشاعر المتوارية في اللاشعور حيث يمكن بواسطته تذكر الحوادث المنسية التي لها علاقة عادة بالقضايا الجرمية عند شاهد الاثبات، وايضاً في تذكر تفاصيل المرض النفسي القتالي المنسية عند الجندي المرضوض المصاب بمُصاب الحرب.

ويقترن التنويم بأهميةِ الايحاء وايصال المنوَّم الى مرحلة تسمى بالغشي التنويمي Hypnotic Trance (استرخاء عميق الدرجة) الذي يتوخاه المنومون لان هذه الحالة تسمح بنفوذية المقولات الايحائية العلاجية وخاصة عند علاج الالم (اضعاف قوته او تبديل نوعيته)، او لتحسين مزاج المريض المكتئب، او مناهضة المشاعر السلبية، او زيادة الفعالية الذاتية Self- Efficacy، او ازالة القلق والسيطرة عليه، او اضعاف الاضطرابات السيكوسوماتية وذلك من خلال مقولات ايحائية مُعدّة سابقاً يكررها المريضُ وهو في حالة تنويمية (او مسجلة على شريط صوتي).

ويرى اراوز ARAOZ(١٩٨٥) ان معظم الاضطرابات النفسية ناجمة عن ايحاءات ذاتية سلبية[٢٣] من النموذج التخريبي Destructive Suggestion، اي ما اسماه بالتنويم الذاتي السلبي، ويؤكد ان التفكير السلبي ـ او التخيل السلبي يماثلان التنويم في التأثير على النفس وذلك عندما يتم قبول مضامين هذه الافكار او التخيلات السلبية من قبل المنوَّم بدون تقويم نقدي لها.

هذا، ويوضح لنا العلاج التنويمي السلوكي ـ المعرفي كيف ان محتوى التنويم الذاتي السلبي، والافكار المُهزمة للذات Self- defeating Thoughts، وايضاً التخيلات والصور الذهنية يمكن تبديلها بأخرى ايجابية من خلال عملية

التنويم الذاتي الايجابي اي بتعبير اخر تدريب المتعالج على كيفية السيطرة على العملية التنويمية الذاتية[٢٤] فالمدخن مثلاً الذي يقول لذاته: «انا لا استطيع ترك التدخين»، هذه المقولة هي ايحائية سلبية تناهض جهود المدخن في ايقاف التدخين. فالكلام مع الذات هو ايحاء، وله نفوذ سيء في النفس حتى لو تم ذلك بدون الولوج في التنويم.

وخلافاً لما كان يُعتقد في السابق بان التنويم ينحصر فقط في نوع خاص من الشخصيات، مثل الشخصية الهسترية، او اولئك الذين يتصفون بضعف «الانا». فهناك اناسٌ يبدون استعداداً اكبر للتنويم الذاتي من غيرهم، كما وهناك اناسٌ أكثر تأثراً بالايحاءات الذاتية من آخرين. وهذا معناه ان التنويم لا ينحصر في شخصيات معينة ولكن هناك من يبدي استعداداً وتأثراً بالتنويم اكثر من غيره. فالتنويم الذاتي بمعناه العلمي الجديد يمكن ان يتم اكتسابه بالتدريب مثل الاسترخاء تماماً. كما ويمكن ان ينوِّم الانسان ذاته بنفسه او بواسطة الغير.

يستخدم المعالج السلوكي ـ المعرفي تقنية التنويم الذاتي الحديث ضمن اطار اساليبه العلاجية المتعددة الانظمة بهدف تحقيق التكامل العلاجي بين هذه الانظمة.

٧ ـ التفريغ الانفعالي:

ما من شك ان هذا الاسلوب مفيد في جعل المريض يفرغ ما في نفسه من انفعالات مؤذية مؤلمة حبيسة مكظومة مما يجلب مثل هذا التفريغ والتنفيس من الراحة النفسية والاسترخاء ولكن فترة مؤقتة. وهذه التقنية التنفسية كانت الاداة الاساسية في علاج الرضوض النفسية القتالية ابان الحرب العالمية الثانية بالاستعانة ببعض المواد النفسية المخدرة للوعي (البانتوتال) قبل الاخذ بالعلاجات النفسية السلوكية ـ والمعرفية الحديثة. ومثل هذا التفريغ للرضوض النفسية تحت تأثير البانتوتال (من مركبات الباربيتوريات) يضع المرضوض في حالة هينباغوجية

تنويمية (ما بين الوعي والنوم) يُطلب منه ذكر المشاهد الراضة القتالية التي عاشها واعادة تركيبها من جديد في ذاكرته بواسطة التداعي الحر، حيث ان اعادة تصنيع المشهد الراض من شأنها تفريغ محتوياته الراضة الحبيسة فيرتاح المرضوض بعد هذه الجلسة العلاجية التفريغية.

وكما ذكرنا، ان التفريغ الانفعالي سواء تم تحت تأثير التنويم الذاتي او بدونه هو مفيد ومريح للمريض ولكنه ليس بتقنية علاجية شافية فهو يماثل اعطاء مادة الاسبرين لمريض يشكو من الصداع، ولكن لا يلبث ان يعاوده الصداع ثانية بعد زوال التأثير المسكن للاسبرين. فالاسبرين هنا يعالج المتعرض وليس سبب الصداع. والامر ذاته في التفريغ الانفعالي، لانه تنفيس للانفعالات المكبوتة ولكنه لا يزيل اسباب الرض الانفعالي التي خلقت هذا الرض النفسي. لذلك لا بد من اللجوء الى التقنيات الاخرى السلوكية ـ المعرفية التي ذكرناها.

٨ ـ العلاج النفسي الجماعي:

يمكن تطبيق التقنيات العلاجية التي ذكرناها على المستوى العلاجي الفردي والجماعي. ويفيد العلاج الجماعي بما يقدمه للمريض من دعم من خلال تبادل الخبرات العلاجية خلال الجلسات الجماعية بشكل خاص وبخاصة في الرضوض النفسية القتالية ورضوض الاعتقال والاسر.

٩ ـ المتابعة العلاجية Follow- Up:

بعد انتهاء العلاج لا بد من وضع الضحية تحت المتابعة العلاجية بغرض تعزيز التقدم العلاجي الذي حصل عليه خلال فترة معالجته، اي تعزيز المهارات السلوكية ـ المعرفية التي اكتسبها خلال مدة العلاج للحصول على تبديل السلوك المطلوب. وعموماً تُعد مرحلة المتابعة العلاجية امتداداً للعلاج المكثف ولكن تكون الجلسات في هذه المرحلة متباعدة زمنياً وتقرر افرادياً حسب كل حالة.

في جلسات المتابعة يتم تقويم مدى التقدم العلاجي الذي حصل

للضحية، اضافة الى اعطائه جلسات داعمة علاجية، وبخاصة في حالات الانتكاس. بعد ان يكون المريض قد تدرب على طرق التعامل مع الانتكاس خلال تدريبه العلاجي واكتساب المهارات السلوكية ـ المعرفية في التعامل مع الانتكاسات Relapses.

تلك هي المداخلات العلاجية السلوكية ـ المعرفية المتعددة الانظمة في علاج عُصابات القتال والاسر ذكرناها باختصار. وننوه هنا ان كل تقنية من التقنيات التي شرحناها تُعد بمثابة نظام علاجي قائم بذاته من حيث نظرياته، وفلسفته العلاجية، واسلوب تطبيقه.

ولنعلم ان قوة العلاج النفسي السلوكي ـ المعرفي تكمن في التعليم الذاتي، حيث يستطيع المتعالج بعدما تعلم المهارات العلاجية ان يعالج مشكلاته بنفسه مستقبلاً التي تفترض تكيفه الاجتماعي. ففي العلاج، وخلال معالجته يكون قد اتبع دورة تدريبية علاجية تؤهله لان يعالج نفسه بنفسه، وهذا ما لا نجده في المعالجات الكلاسيكية النفسية الاخرى كالعلاج النفسي ـ التحليلي. لهذا السبب نرى اليوم العلوم السلوكية المعرفية الاكلينيكية هي السائدة اليوم في الولايات المتحدة الاميركية، وبخاصة في القوات المسلحة الاميركية في علاج عُصابات القتال واعادة تأهيل الاسرى، وفي التطعيم الوقائي ضد شدات القتال والاسر.

١٠ ـ **العلاج الواقعي**: (انظر نموذج التعامل مع الذات للدكتور بشير الرشيدي في الفصل الخامس).

المراجع

١ ـ محمد حمدي الحجار وخير عاقل: علم النفس في خدمة المقاتلين ـ اصدار هيئة التدريب في القوات المسلحة السورية ـ ١٩٧٢ (كتاب رسمي خاص بالجيش).

٢ ـ بشير صالح الرشيدي: الحرب وسيكولوجية المجتمع. منشورات الديوان الاميري ـ الكويت ـ ١٩٩٧.

٣ ـ محمد أحمد النابلسي: سيكولوجية السياسة العربية ـ العرب والمستقبليات. دار النهضة العربية ـ ١٩٩٩ (ص ٤٥٦ ـ ٤٦٥/ غسل الدماغ).

٤ ـ المرجع السابق ـ ص ٣٤٦ ـ ٣٤٩ (التعذيب الاسرائيلي ـ تقنية الرجرجة).

٥ ـ American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.

٦ ـ محمد احمد النابلسي: الحرب والصدمة النفسية. مقالة في مجلة الدفاع الوطني اللبناني ـ عدد تشرين اول (اوكتوبر) ـ ١٩٩٤ (ص ١٢١ ـ ١٤٩).

٧ ـ Naboulsi. M: 1984 Réhabilitation du malade de T.B.C: Pulmonaire. Univ. Craiova.

٨ ـ مجموعة من الباحثين: مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، العدد ٥، ١٩٩١ ـ ملف العدد وعنوانه «النوم والاحلام».

٩ ـ محمد حمدي الحجار وخير عاقل ـ مرجع سابق الذكر.

١٠ ـ محمد احمد النابلسي: نحو سيكولوجيا عربية. منشورات دار الطليعة ـ ١٩٩٥ ـ مقابلة مقترحة لفحص المصدومين العرب (ص ١٥١ وما بعدها).

١١ - McFarlane, A.C (1984). «The Ash Wednesday Bushfires in South Australia: Implications for Planning for future Postdisaster Services». Medical Journal of Australia. 141, PP.286-353.

١٢ - Joseph Wolpe (1987) The Practice of Behavior of Therapy Pergamon Press, U.S.A.

١٣ - Kipper, D. (Bar I Lan University, Israel): Behavior Therapy for Fears Brouth on by War Experience: Journal of clinical and Consulting Psychology (A D A) 1977 Volume 45, No: 2, 216. 221.

١٤ ـ محمد حمدي الحجار: من العلاج في الطب النفسي السلوكي منشورات دار العلم للملايين ـ ١٩٩٠.

١٥ - Lazarus, A. (1977): In the Mind's Eyes: The Power of Imagery for Personal Enrichment: The Guilford Press.

١٦ ـ محمد حمدي الحجار: العلاج النفسي الذاتي بقوة التخيل. منشورات المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب/ الرياض ـ ١٩٩١.

(١٧) The Second National Conference: The Psychology of Health, Immunity, and Disease, Florida, Orlando 1990.

(١٨) The Save reference, Clause No: 2.

(١٩) Golden, W. et al (1987) Hypnotherapy: A Modern Approach: Pergamon Press.

(٢٠) Solomon, H. et al (1944) Manual of Mihtary Neuro Psychiatry, United States Army Medical Department.

٢١ ـ محمد حمدي الحجار: نحو استراتيجية قومية لاعادة تأهيل الاسرى منشورة في مجلة الثقافة النفسية العدد ١٧ ـ ١٩٩٤.

الفصل الخامس

تجارب عربية في علاج الصدمة

تكاد المكتبة العربية ان تكون خلواً من الدراسات النفسية لآثار الحروب والكوارث. وبالعودة الى الفترة السابقة للثمانينات فاننا لم نجد اية دراسة حول هذا الموضوع في المكتبة العربية. في المقابل وجدنا بعض الدراسات وعروض الحالات المتفرقة التي اجراها باحثون اجانب (فرنسيون غالباً) على مصدومين عرب. ومن هذه الدراسات نذكر بعض عروض الحالات التي قدمها اطباء فرنسيون المتعلقة بالطب النفسي العسكري والتي تناولت المجندين العرب في الجيش الفرنسي خلال الحرب العالمية الثانية.

ولعل الحرب الاهلية اللبنانية كانت اولى المناسبات الصدمية التي جرت حولها دراسات نفسية عربية، حيث نقع ابتداءً من بداية الثمانينات على مجموعة من الدراسات اللبنانية في هذا الحقل. وتضاف الى هذه الدراسات مساهمة قيمة وراسخة قدمها الزميل السوري الدكتور محمد حمدي الحجار وهو ممارس لعلم النفس العسكري في القوات المسلحة السورية لعدة سنوات. وبغض النظر عن عدد الدراسات اللبنانية وميادين اهتمامها فان امتداد الحرب اللبنانية على مدى ١٧ عاماً شكل فترة حضانة طويلة الامد لكل اشكال الصدمة

بمراحلها المختلفة، مما وضع الممارسين اللبنانيين امام مسؤولية التعاطي في هذه الحالات وعلاجها. ولو اننا اضفنا للانعكاسات النفسية تلك النفسية ـ الجسدية (السيكوسوماتية) لوجدنا ان خبرات التعامل مع الصدمة موزعة على كافة ممارسي الطب (بمختلف اختصاصاته) والعلاج النفسي في لبنان. ومن المؤسف الإقرار بان هذه الخبرات لا تزال غير مدونة وغير منشورة وفاقدة للتنسيق والحوار يين المتخصصين. ولا شك بان غياب مؤسسات الدولة خلال الحرب كان العامل الرئيسي لغياب الاهتمام بدراسة كارثة الحرب اللبنانية، حتى اقتصرت هذه الدراسة على الجهود الفردية مع ما تحمله الفردية من محدودية الامكانات ومن الافتقار لعناصر الضبط العلمي والمراجعة الدقيقة.

من جهتنا فقد عملنا بصورة فردية لا تخلو من صفات الفردية المشار لها اعلاه. في هذا المجال بعض الجهود التي نكتفي بذكر اهمها:

١ ـ دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية ـ نشرت في كتاب بعنوان «الامراض النفسية وعلاجها ـ دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية «الذي صدرت طبعته الاولى عام (١٩٨٥) عن منشورات الجامعة ثم صدرت منه عدة طبعات لاحقة.

٢ ـ الصدمة النفسية ـ علم نفس الحروب والكوارث. وهو عنوان كتاب صدرت طبعته الاولى عام (١٩٩١) عن دار النهضة العربية في بيروت. وتضمن الى جانب خبرتنا اللبنانية ترجمة لعدد خاص بالصدمة من مجلة «فصول في الطب النفسي الاسكندنافي». حيث شارك في هذا العدد كبار المتخصصين العالميين في مجال الصدمة وتضمن ٣٤ اختباراً خاصاً بالصدمة احتوى الكتاب على ترجمتها الى العربية.

٣ ـ الاثار النفسية والسيكاترية والسيكوسوماتية للاوضاع الصدمية. وهو عنوان اطروحتنا لنيل شهادة الفلسفة في الطب النفسي (Ph.D.) وهي مكتوبة

بالفرنسية ولم تترجم حتى الان.

٤ ـ عقد مؤتمر «نحو علم نفس عربي» ـ طرابلس (١٩٩٢).

٥ ـ عقد مؤتمر «مدخل الى علم نفس عربي» ـ طرابلس (١٩٩٤).

٦ ـ عقد مؤتمر «الشباب والصحة النفسية» ـ طرابلس (١٩٩٦).

٧ ـ اعداد شريط ڤيديو حول متلازمة السيارة المفخخة.

٨ ـ عرض مجموعة دراسات عن الحرب اللبنانية في عدة مؤتمرات عربية ودولية. وقد نشرنا هذه المشاركات في مجلة «الثقافة النفسية المتخصصة».

٩ ـ سلسلة الامراض السيكوسوماتية التي ضمناها عروضاً لحالات عيادية ترتبط فيها شدة الحرب مع المرض السيكوسوماتي. ونحن بصدد اعادة اصدارها، بعد التنقيح، في مجلد يحمل عنوان «سيكوسوماتيك الشدائد والحروب».

١٠ ـ سيكوسوماتيك الحرب اللبنانية (بالفرنسية). وهي دراسة ميدانية عرضناها في المؤتمر العالمي الخامس لعلم النفس الفيزيولوجي (١٩٩٠).

ونأمل ان نكون قد قدمنا عبر هذه المساهمات بعض الفائدة لدارسي الكوارث العربية. ونتابع، بعذ هذا العرض، مراجعة الانتاج العربي في المجال فنقع نهاية الثمانينيات على بحوث عراقية تخص تجربة حرب الخليج الاولى التي عرض بعضها في المؤتمر العالمي للطب النفسي (اثينا ـ ١٩٨٩).

الا ان التأسيس المنهجي لفرع دراسة الكوارث سوف يتأخر الى ما بعد حرب الخليج الثانية وتحرير الكويت، حيث أسس في العام ١٩٩٢ مكتب الانماء الاجتماعي برئاسة الزميل الدكتور فهد عبد الرحمن الناصر وباشراف الزميل الدكتور بشير صالح الرشيدي كرئيس لمجلس امناء المركز، ولقد عمل هذا المركز وفق منهجية علمية صارمة وحسب خطة طوارئ لتقديم العون للمصدومين

وللتأسيس لهذا الفرع في المكتبة العربية، حيث قام المركز بنشر عشرات المجلدات ومئات البحوث اضافة لعقده مؤتمراً سنوياً في الميدان.

هكذا وعبر تراكم هذه الخبرات تمكن الزميل الرشيدي من مكاملة تنوذج علاجي يخرج بالارشاد النفسي من دائرة العلاج الى دائرة الوقاية عبر تعزيز مستوى التقدير الذاتي. ونبدأ بعرض هذا النموذج مؤجلين عرض نموذجنا العلاجي الخاص الذي عرضنا ملامحه في الفصل السابق.

١ ـ توضيح مختصر لنموذج التعامل مع الذات

تعريف بالدكتور بشير الرشيدي واضع نموذج التعامل مع الذات:

هو الدكتور بشير الرشيدي، استاذ علم النفس التربوي بجامعة الكويت، ورئيس مجلس امناء مكتب الانماء الاجتماعي بالديوان الاميري، والذي يتبع سمو امير البلاد مباشرة.

والدكتور الرشيدي مواطن كويتي من مواليد الكويت ١٩٥٣، تلقى تعليمه الاولى في مدارس الكويت، وحصل على الدرجة الجامعية الاولى في العلوم من جامعة الكويت عام ١٩٧٥، وقد اوفدته الدولة في بعثه علمية الى الولايات المتحدة الاميركية، وقد حصل على الماجيستر والدكتوراه في علم النفس التربوي من جامعة ولاية اوهايو عام ١٩٨٢، وفي نفس العام عاد الى الكويت ليؤسس مركزاً للارشاد النفسي فكان هذا المركز هو الاول من نوعه في المنطقة العربية. وبتكليف من امير دولة الكويت، قام الدكتور بشير الرشيدي بتاسيس مكتب الانماء الاجتماعي في نوفمبر عام ١٩٩٢، ويختص المكتب برصد ومحاصرة الاثار النفسية والاجتماعية والتربوية التي خلفتها الحرب على الكويتيين، وقد حصل الرشيدي على دراسات عليها متقدمة (بعد الدكتوراه) في مجالات عدة اهمها اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، ادارة منظمات الخدمة النفسية، الارشاد الاسري. وللدكتور الرشيدي عشرات الدراسات المنشورة في

الدوريات العلمية العربية والأجنبية كما انه اثرى مكتبة علم النفس بمجموعة من الكتب التأطيرية العميقة، وهو عضو في منظمات مهنية واكاديمية في الولايات المتحدة والدول الاوروبية، وهو عضو في منظمات مهنية واكاديمية في الولايات المتحدة والدول الاوروبية. والدكتور الرشيدي من اصحاب مدرسة العلاج بالواقع التي تقوم على نظرية الاختيار، وقد حقق شهرة واسعة في البلاد العربية ـ ويحظى الدكتور الرشيدي باحترام كبير كاحد المشتغلين بعلم النفس، ويستقبل بحفاوة بالغة في المؤتمرات والمحافل الدولية والعربية.

نموذج التعامل مع الذات(*)

الخلفية المرجعية للنموذج

نموذج التعامل مع الذات مستمد اساساً من افكار ومبادئ نظرية الاختيار وتطبيقاتها في العلاج بالواقع، وقد قام واضع النموذج بتأليف كتابين في منتهى الاهمية: الاول عن نظرية الاختيار، والثاني عن العلاج بالواقع، وفي هذين الكتابين يرصد ويحلل افكار (وليم جلاسر) رائد العلاج بالواقع على مستوى العالم.

لكن مطالعة النسخة الاصلية التي كتبها د. الرشيدي عن نموذج التعامل مع الذات، تظهر ايضاً ان النموذج قد استفاد من افكار مستمدة من علم السبرناطيقا وكتابات عالم الرياضيات الشهير نوبرت وينر، وكذلك كتابات (ماكسويل مالتز) عن علم النفس والسبرناطيقا، باضافة الى نظريات الشخصية، وخبرة في ممارسة الارشاد النفسي، وبحوث ميدانية متقدمة. من كل ذلك

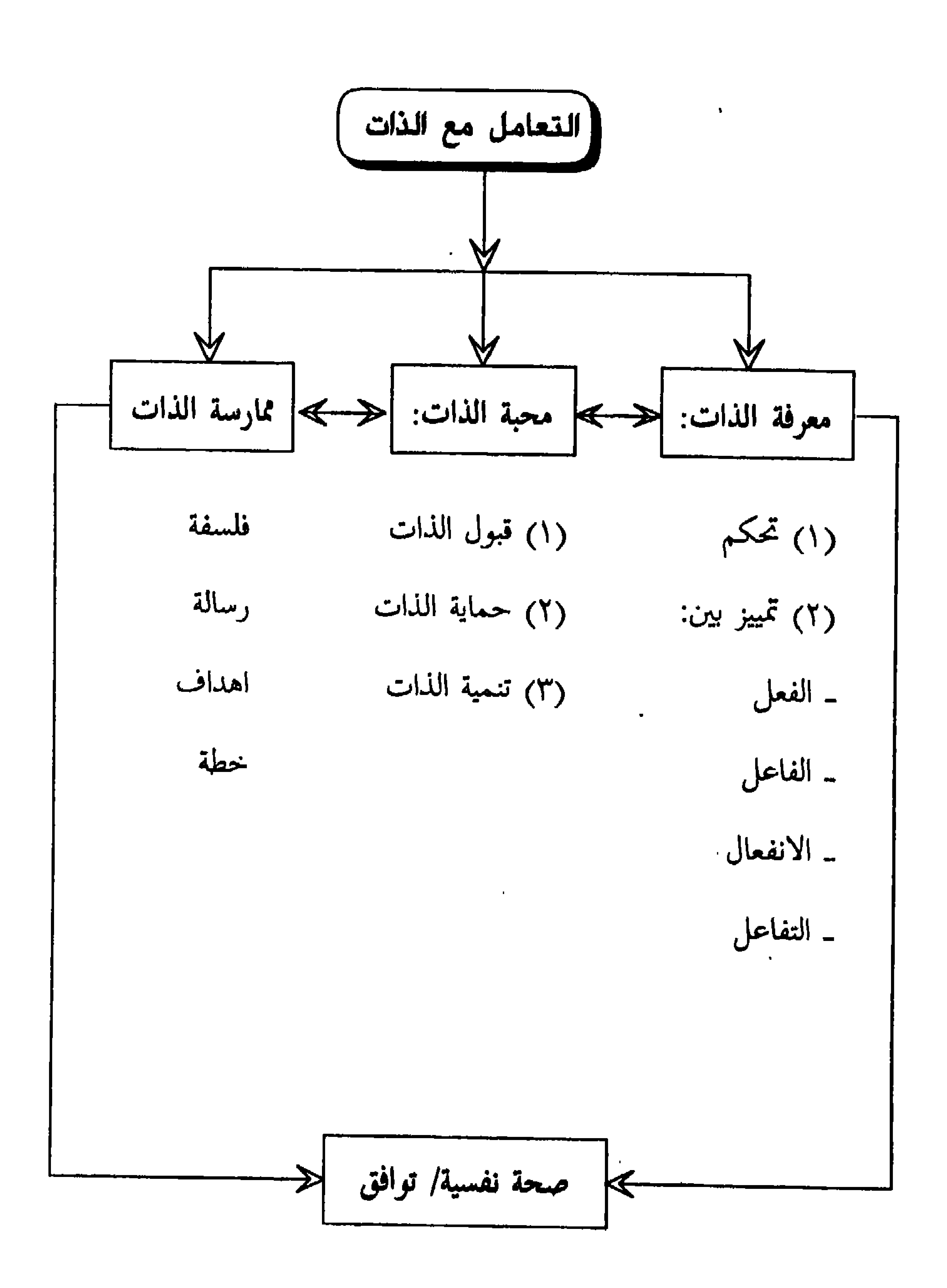
(*) للتعمق انظر كتاب «التعامل مع الذات»: د. بشير صالح الرشيدي، منشورات الكويت، ١٩٩٥ .

بالاضافة الى ثقافته الواسعة، وخبرته العميقة، صاغ الدكتور الرشيدي نموذجه التعامل مع الذات.

بنية النمو:

نموذج التعامل مع الذات يعرف احيانا بنموذج ٤/٣/٢ وهذا يرجع الى ان العنصر الاول في النموذج يتضمن عنصرين فرعيين، اما العنصر الثاني، فيتضمن ثلاثة عناصر، في حين يتضمن العنصر الثالث اربعة عناصر.

النموذج اساساً، وضع لتعديل السلوك غير المتوافق، ثم طوره المؤلف وذلك لأنه يؤمن بضرورة الانتقال بالارشاد النفسي من دائرة العلاج الضيقة الى دائرة الوقاية برحابتها، فالنموذج بهذا المعنى جاء اساساً في اطار الارشاد النفسي، انه يفسر السلوك غير المتوافق، مثلما يرشد الى تحقيق السلوك المتوافق.


التعامل مع الذات
ممارسة الذات
محبة الذات:
معرفة الذات:
فلسفة
رسالة
اهداف
خطة
(١) قبول الذات
(٢) حماية الذات
(٣) تنمية الذات
(١) تحكم
(٢) تمييز بين:
ـ الفعل
ـ الفاعل
ـ الانفعال
ـ التفاعل
صحة نفسية/ توافق

يتكون نموذج التعامل مع الذات من ثلاثة اجزاء تتفاعل مع بعضها البعض فيكون الناتج (شخصية متوافقة)، فالشخصية المتوافقة لن تخرج عن كونها تفاعلاً صحيحاً بين تلك الاجزاء، اما اذا كانت الشخصية مضطربة، فهذا دليل مؤكد على اختلال او غياب او اضطراب العلاقة بين هذه الاجزاء، وبناء عليه، فان الشخصية المضطربة او غير المتوافقة يمكن لصاحبها ان يصبح بشراً سوياً وانساناً متوافقاً اذا توافرت في سلوكه المكونات الثلاثة المبينة في نموذج التعامل مع الذات: وهي معرفة الذات، محبة الذات، ممارسة الذات. وفيما يلي توضيح موجز لهذه المكونات:

اولاً: معرفة الذات:

يرى (الرشيدي) ان المعرفة في معناها العام كثيراً ما تدل على الفهم او التعلم، كما انها تعني المعلومات التي لدى الفرد عن موضوع معين، هذا المعنى العام لمصطلح (المعرفة) ينطبق على (معرفة الذات)، هل يعرف الانسان ذاته؟ وهل يتعلم كيف يفهم ذاته؟ وماذا لديه من معلومات عن ذاته؟ ان الاجابة على تلك التساؤلات تتمثل في جانبين اساسيين هما التحكم والتمييز:

(أ) **التحكم**: بمعنى ان الانسان يتحكم في سلوكه من داخله هو، فالمؤثرات الخارجية مهما كانت بالغة الشدة مرتفعة القيمة لا تتحكم في سلوك الانسان، وانما الذي يتحكم في هذا السلوك هو الانسان ذاته، ولكن ما هي القوة الهائلة التي تحدد سلوك الانسان؟ انها (الحاجات) الموجودة في «البوم الصور» داخل عقل الانسان، وهذه الحاجات عامة ومشتركة عند جميع بني البشر، وتندرج تحت خمس فئات اساسية هي: حاجات البقاء، حاجات الانتماء، حاجات القوة، حاجات الحرية، حاجات الترويح. واي سلوك يأتي به الانسان انما يهدف الى اشباع حاجة او اكثر في اطار هذه الحاجات، وبالتالي فانها هي الموجهة للسلوك، وهي جزء جوهري من ذات الانسان، انها جزء، لكن ليس

كأي جزء، فعلى الرغم من انها ليست شيئاً مادياً يمسك، الا انها هي القوة الموجهة للسلوك. فإذا عرف الانسان ان سلوكه يأتي من داخله لتلبية حاجات داخلية لديه، وان المؤثرات الخارجية لا تحدد هذا السلوك، فان ذلك يمثل معرفة صحيحة لازمة لتحقيق التوافق.

(ب) التمييز: ويعني ان الفرد لكي يتمتع بالصحة النفسية يجب ان يميز بين اربعة مكونات اساسية في تعامله مع الاخرين، وهذه المكونات هي: الفعل (Action)، الفاعل (Actor)، الانفعال (Emotion)، التفاعل (Inter action).

(١) الفعل: هو ما يقوم به الفرد، واذا قام الفرد بفعل ما، فان هذا من اختياره هو، وليس تحت تأثير مؤثرات خارجية، والفعل كاحد مكونات السلوك الكلي وقوعاً تحت سيطرة الفرد، وتذهب نظرية الاختيار الى ان مفتاح التحكم في السلوك انما يتمثل في الافعال (لاحظ ان السلوك الكلي يعني: الفعل+ المشاعر+ التفكير+ الوظائف العضوية الداخلية بالجسم).

(٢) الفاعل: وهو الطرف الاخر، او الانسان الاخر، في علاقته بالفرد، والانسان كائن اجتماعي، وهو يعيش حياة تتضمن علاقات بغيره على مستوى الاسرة والمجتمع، ومن المنطقي ان بعض تصرفاتهم سوف لا تروقه، بل انها قد تؤذيه، في هذه الحالة، فان الفرد اذا اراد ان يكون متوافقاً وسوياً، يجب ان يفصل بين (الفعل) (والقائم بالفعل) بمعنى ان (يرفض الفعل)، (ولا يرفض الفاعل) وبدون هذا الفصل سيدخل الفرد في علاقة سوء لا تنتهي مع الاخرين، الامر الذي يفضي الى معاناته من سوء التوافق النفسي.

(٣) الانفعال: ان نموذج التعامل مع الذات يؤكد ضرورة ان يعي الفرد ضرورة السيطرة على انفعالاته فلا يترك هذه الانفعالات تسيطر عليه، والا انغمس في انفعالات غير سارة تجعله عرضة للمعاناة النفسية والفرد بامكانه الاختيار بين السيطرة على انفعالاته بما يؤدي اليه ذلك من توافق، او ان تسيطر

عليه انفعالاته فيسوء توجهه ليغرق في دوامة المعاناة.

(٤) (التفاعل) Interaction وهو احد مجالات التمييز، ضمن نموذج التعامل مع الذات، ويشير الى علاقة الفرد بالموقف المثير للانفعال بما في ذلك نوعية هذه العلاقة ومدتها الزمنية وتقييمه للموقف ككل:

* هل يتعامل الفرد مع الموقف الخارجي على ان هذا الموقف هو الذي حدد استجابته؟ ام ان الفرد يعي ان استجابته داخلية المنشأ وليست خارجية المنشأ، اي نتيجة الموقف كمثير خارجي؟

* ما هي علاقة الفرد بالموقف: هل انتهت بانتهائه، ام ان لها انعكاساتها على السلوك الكلي واتخذت عمقاً زمنياً ابعد؟

وبعد مناقشة مطولة لمكوّن معرفة الذات وما يتضمنه من افكار، يخلص النموذج الى ان الصحة النفسية تتطلب ان يعرف الفرد انه هو الذي يتحكم في سلوكه، ويسيطر عليه، وان المثيرات الخارجية لا سيطرة لها على هذا السلوك، وان السلوك هادف الى اشباع حاجات الفرد حسب «البوم الصور» في العقل، كما ان الصحة النفسية (التوافق النفسي) تتطلب ان يميز الفرد بين الفعل والفاعل والتفاعل والانفعال، وذلك على النحو السابق توضيحه.

ثانياً: محبة الذات:

حسب نموذج التعامل مع الذات، فان المحبة هي احد مكونات هذا النموذج - وهي تتضمن ثلاثة ابعاد اساسية:

(أ) قبول الذات

(ب) حماية الذات

(جـ) تنمية الذات

(أ) قبول الذات:

كان مصطلح (الذات) محل تناول مستفيض في اطر نموذج التعامل مع الذات، ويخلص النموذج الى مقولة (ذاتك هي انت)، ذات الفرد هي الفرد بكل ما هو عليه من استعدادات وقدرات، وجوانب قوة، وجوانب ضعف، هي الفرد بشكله الخارجي، ومكنونات نفسه (ظاهره وباطنه).

وتقبل الذات، يعني ان يتقبل الفرد ذاته على ما هي عليه، من منظور انها ذاته فهي ملك له، وهي قد كرمها الله، فكان جديراً بالانسان ان يكرّم هذه الذات، وأحد مظاهر التكريم هو (التقبل الحقيقي) فالانسان المتقبل لذاته سوف يكرم ذاته، ويستطرد صاحب نموذج التعامل مع الذات متسائلاً: هل قبول الذات يعني قبول الجوانب غير السوية فيها؟ ثم يجيب على ذلك القول: ان هذا التساؤل عادة ما يتعجل بطرحه كل من قرأ النموذج، ولو تمهل من يطرح هذا التساؤل قليلاً، لوجد اجابة كافية في متضمنات النموذج خاصة في الجزئية الخاصة بتنمية الذات وحماية الذات لكن التأكيد هنا هو ان رفض السلبيات والقصور في الذات. لا يعني مطلقاً رفض الذات. وانما يعني العكس تماماً. انه يعني قبول الذات وحبها والعمل على الارتقاء بها من خلال افعال تحقق ذلك. وهنا يكون الانسان المتوافق الذي يحب ذاته. اما الفرد الذي يعرف جانب القصور في ذاته ويصبح هذا القصور (او السلبيات) بمثابة عقدة نفسية دون ان يقدم على (افعال) لتعويض القصور او ازالته، فانه يكون قد اختار المعاناة وسوء التوافق، لقد اختار رفض ذاته. وهناك فرق شاسع، بين شخصين يعاني كلاهما من عاهة مستديمة، الاول، تقبل ذاته على عاهتها، وانكب على العمل والانجاز، فحقق نجاحاً مشهوداً، او على الاقل عاش سعيداً، اما الثاني، فقد تملكه الحزن واليأس، واخذ يندب حظه السيء، ويقارن بين ذاته والاخرين الذين يراهم اسوياء. هذا الشخص يكون قد اختار (رفض الذات) وليس (رفض العاهة)،

فضرب بذلك على نفسه ـ اختياريا ـ سياجاً قوياً في دائرة المعاناة، ويقول صاحب نموذج التعامل مع الذات، بان هذا مجرد مثال للتبسيط، والتوضيح، لأن مفهوم قبول الذات يتسع ليشمل كل ما يخص الفرد: طباعه وسماته وخصائصه، شكله الخارجي، الزواج والاسرة، والتعليم، الوظيفة، الدخل، الطبقة الاجتماعية... الخ.

(ب) حماية الذات:

حسب نموذج التعامل مع الذات، فان مفهوم الحماية (protection) يتسع ليشمل وقاية الذات وعلاجها من كل ما من شأنه ان يشكل خطراً عليها، فهو يشمل الوقاية والعلاج من الامراض البدنية بكافة اشكالها وصورها، كما يشمل حماية الذات من الانفعالات السلبية المدمرة، كالتوتر والحزن والقلق... الخ، وحماية الذات تشمل كل ما من شأنه الحفاظ على صحة البدن والنفس معاً. وكلاهما يؤثر في الاخر ويتأثر به. والحفاظ على الذات يتطلب ان يسعي الفرد الى المعرفة، وان يتواصل صادقاً مع ضميره (الانا العليا) ليجد إجابة شافية بشأن ما اذا كان سلوكه هذا او ذلك مدمراً للذات او حاميا لها. ويقول صاحب نموذج التعامل مع الذات **«وانه لامر مؤسف ان نجد الناس يقدمون على سلوكيات رغم علمهم بان فيها تدميراً لذواتهم، او ليس التدخين مثلاً مدمراً للذات؟ او ليس تضييع الوقت تدميراً للذات؟ او ليس الانحراف بكافة صوره واشكاله تدميراً للذات؟ او ليس الحزن والهم تدميرا للذات؟...** هذه السلوكيات والكثير من امثالها تدمير للذات، وعلى الرغم من ذلك يقدم عليها الكثير من بني البشر، يقدمون عليها اختياراً وبمحض ارادتهم. ان النفس الانسانية امّارة بالسوء، لكن الانسان له حرية الاختيار بين الانصياع والامتثال للنفس او رفض ما تأمر به.

(جـ) تنمية الذات:

يقصد بتنمية الذات اتباع كل ما من شأنه اتاحة الفرصة للذات لتفعيل ما

لديها من طاقات وقدرات لتحقيق اقصى نجاح ممكن، فاكتساب مهارات جديدة هو تنمية للذات، وصقل مهارات قائمة هو تنمية للذات. وممارسة الرياضة لتقوية الجسم هو تنمية للذات، الامر نفسه فيما يخص تحصيل العلم، ومعايشة العصر، والتحرر من الخوف، والتدريب الذاتي على السيطرة على الانفعالات، كل ذلك تنمية للذات. وفي رؤية مكثفة للغاية، يطرح صاحب نموذج التعامل مع الذات مسألة العلاقة بين «تنمية الذات والمراقبة المستمرة الرحبة للذات»، ويرى ان كل قيمة تؤثر في الذات عندما يتم تقييمها. فالقيمة تعطي للذات بعداً معيناً في اتجاه ما يحتاج الى تنمية. واذا ما اختار الفرد ادنى من التنمية اللازمة للذات، في ظل واقع معين له معطياته وخصائصه، فإنه حينئذ يكون قد سلك سلوكاً يتناقض مع تنمية الذات، ولتبسيط هذه الفكرة، تقول، ان الفرد الذي يسعى الى تنمية ذاته، ينبغي الا يعيش على هامش معطيات العصر، على الاقل في مجال عمله، والا تؤدي معايشته للعصر، الى التصادم او التضارب بين سياقه الاجتماعي وبين استفادته من معطيات العصر. ويستطرد صاحب نموذج التعامل مع الذات قائلاً:

«ان قليلاً من الانتباه، وكثيراً من الاطمئنان النفسي، ومستوى عاديا من الرغبة في التطوير يكفي لأن يتبين الانسان ما الذي يجب ان يفعله من اجل تنمية ذاته، واذا توقف الانسان عن تنمية ذاته، فانه لا يكون كمجرد الواقف «محلك سر»، وانما هو في الحقيقة في حالة مستمرة من الارتداد او التراجع، لكن ذلك لا يعني ان ينشغل تفكير الانسان انشغالاً تعسفياً بمسألة تنمية الذات، وانما عليه ان (يفعل) ما يحقق تنمية الذات».

ثالثا: ممارسة الذات:

هل يمارس الانسان ذاته؟ يناقش صاحب نموذج التعامل مع الذات الاجابة على هذا التساؤل مناقشة فلسفية معقدة، لكن خلاصتها هي ان الفرد يمارس ذاته (كانسان) اعطاه الله نعمة العقل، واسبغ عليه النعم ظاهرة وباطنة، وكرّمه على

سائر مخلوقاته، وجعله خليفته في الارض، وامره بالعلم والعمل والفضيلة، فاذا لم يستخدم الفرد ما لديه من قدرات، فانه يكون غير ممارس لذاته كانسان، ولكن كيف يمارس الفرد ذاته كانسان؟ يرى صاحب نموذج التعامل مع الذات ان ذلك يكون من خلال العقل بحيث يكون للفرد عالمه المكون من: فلسفة، رسالة، اهداف وخطة.

(أ) **الفلسفة**: يقصد بها ان تكون للفرد رؤية معينة يعرف بها وسط الذين يتعامل معهم، وان تكون هذه الرؤية متسقة في مكوناتها. ان الفرد قد يكون معروفاً عنه في مجال العمل مثلاً انه شخص (متدين)، او (علماني)، او يؤمن بأفكار ورؤى معينة في جوانب الحياة المختلفة. والفلسفة من المنظور التخصصي تتضمن معنى الحكمة. ومن الحكمة ان تكون رؤية الفرد للحياة سوية تكسبه احترام نفسه واحترام الاخرين وحبهم وليس نفورهم وكراهيتهم. وهنا قد يقال ان الفرد قد لا يكون معروفاً عنه توجه معين، فهل هذا يعني ان ليس له فلسفة في الحياة؟ والاجابة، هي ان الكثير من الافراد نتعامل معهم ليس من السهل ان نحكم على فلسفتهم في الحياة. ولن نعرف ما اذا كانت لهم فلسفة اصلا ام لا. لكن ذلك لا يعني بالضرورة ان هؤلاء الافراد ليس لهم فلسفة في الحياة. فقد لا يعبرون عن رؤيتهم في الحياة لغيرهم من الناس، وعدم تعبيرهم هذا قد يكون مقصوداً او غير مقصود. ويمكن لنا معرفة ان لهؤلاء فلسفة في الحياة اذا لم تكن تصرفاتهم الظاهرة متناقضة، فاذا كان سلوكهم متناقضاً كان هذا دليلاً قاطعاً على انهم يفقدون فلسفة لحياتهم. إن هذا التناقض قد يتم التعرف عليه بشكل سافر، كأن يؤيد الفرد سلوكاً معيناً ويعارض نفس السلوك رغم عدم وجود مبررات لهذا التناقض. وقد يتم التعرف على التناقض بشكل خفي اذا تم اكتشاف السلوكيات التي يخفيها الفرد (كمن يدعى الامانة وينادي بها بين الناس، ويضبط متلبساً بجريمة السرقة)، هؤلاء، ليس لهم فلسفة في الحياة، وهذا سبب جوهري لمعاناتهم.

(ب) **الرسالة:** يقصد بها جوانب دور الفرد في الحياة، ان الزوجة قد ترى ان دورها في الحياة هو القيام بدور الزوجة والام بشكل اساسي. وقد ترى ان دورها في الحياة اثراء وتنظيم المجال المهني الذي تعمل فيه. وقد ترى ان دورها في الحياة هو التوفيق بين دور الزوجة والام من جهة والنجاح في المهنة من جهة ثانية. والشاب قد يرى ان دوره في الحياة ينحصر في الدراسة وتحقيق علامات مرتفعة، بينما يرى شاب اخر، ان دوره هو ادارة ثروة ابيه واستثمارها، والاب قد يرى ان دوره الاساسي هو توجيه الابناء ورعايتهم ليحققوا نجاحاً اكاديمياً عالياً. في حين يرى اب اخر ان دوره هو تكوين ثروة لهؤلاء الابناء ومن ثم ينصرف جهده الى العمل او التجارة... ان رسالة الفرد في الحياة تنظم مستويات من الادوار، احدها اساسي وبعضها ثانوي، والانسان المتوافق هو الذي يتوصل الى (تحديد) هذه الادوار من حيث موقعها في «اجندة» اهتماماته.

(جـ) **الهدف:** ويعني ما هو منشود الوصول اليه وتحقيقه وانجازه كنتيجة متوقعة ومرغوبة، والانسان المتوافق هو الذي تكون اهدافه واقعية ممكنة التحقيق، وهو الذي لديه الارادة والمثابرة للوصول الى ما يهدف اليه، فاذا تحقق له ذلك، فليستمتع به، واذا لم يتحقق له ما اراد، فليسعد ايضاً او على الاقل لا يحزن ولا يهتز لأن حزنه وتعاسته لن تعيد اليه الماضي. وانما عليه ان (يختار) طرقاً اخرى غير الحزن والتعاسة ليعوض ما فاته، او على الاقل ليتجنب افساد حاضره.

(د) **الخطة:** يرى صاحب نموذج التعامل مع الذات، ان جوهر مفهوم (الخطة) على مستوى شؤون الفرد لا يختلف عن نظيره على مستوى المشروع او القطاع او حتى الدولة بأكملها. فالفرد المتوافق او الذي يريد التوافق واختاره. يجب ان يخطط لما يريده. والتخطيط يبدأ بتشخيص الواقع وتحديد الوسائل والتوقيتات والاساليب والطرق ووضع كافة الاحتمالات في الحسبان، والخروج من ذلك كله بما ينبغي عمله. ان الزوجة قد تضع خطة لكسب حب الزوج

وثقته، والطالب قد يضع خطة للنجاح بتفوق، والموظف قد يضع خطة لتحقيق الترقية الى درجة اعلى او الحصول على مكافأة اكبر... ومن المؤسف ان غالبية الناس تمارس وضع الخطط لأتفه الامور، ولا تنحو الى التخطيط للامور الحيوية.

٢ ـ النموذج المقترح من قبل المؤلف

يستند اقتراحنا لهذا النموذج الى خبرتنا في عيادة الصدمة اللبنانية. وهذا النموذج يعتمد مبدأ التكامل. بمعنى تسخير كافة الامكانيات العلاجية وفروع الاختصاص لخدمة المريض ومساعدته على تخطي الازمة. وكنا قد عرضنا في الفصول السابقة لمسائل تشخيص الاضطراب الصدمي ومراحل تطوره حيث يختلف العلاج باختلاف المرحلة التي يتم فيها التدخل العلاجي. وهذا ما يساعدنا على اختصار نموذجنا المقترح بتقسيمة الى:

أ ـ العلاج الدوائي

تترافق حالات الصدمة مع حالة الخدر (Anesthesia) الحسي العاطفي تعقبها فترة عدم استيعاب (Derealisation). ثم تأتي بقية مظاهر الصدمة (راجع الفصل الاول). وكنا قد اشرنا الى ضرورة اخضاع المصدوم لدورة تنويمية في حالات الصدمة العنيفة. لذلك نبدأ بعرض العلاج الدوائي المستخدم في هذه الدورة. ونتبع هذا العرض بعروض للعلاجات الدوائية الخاصة بكل مرحلة من مراحل الصدمة على حدة.

١ ـ الدورة التنويمية (Cure du sommeil)

تتفق الدراسات السيكاترية على فعالية هذه الدورة في علاج الحالات الاكتئابية والصدمية. وتتراوح مدة هذه الدورة ما بين خمسة وعشرة ايام يتم خلالها اعطاء المنوم الادوية التالية: ١ - مهدئ بسيط من عائلة Benzodiazepine و٢ - مهدئ عظيم (معقل) مثبط (يفضل ان تكون له

خصائص مضاد الحساسية). على ان يتم الاعتماد على المهدئ العظيم (جرعة اكبر) في الحالات التي تترافق فيها الصدمة مع مظاهر ذهانية.

٢ ـ ردود الفعل الهيستيرية

سواء كانت مباشرة عقب الصدمة او متأخرة فان علاجها يتم باستخدام مهدئ بسيط من عائلة الـ Benzodiazepine ويفضل اعطاؤه عن طريق الحقن.

٣ ـ اضطرابات النوم

ويختلف علاجها باختلاف نوعيتها وغالباً ما نكتفي بالمهدئ البسيط الموصوف لعلاج ردود الفعل الهيستيرية. وفي حال عدم كفايته يمكن اعطاء:

أ ـ Amitryptiline بجرعة يومية تتراوح بين ٤٠ ـ و١٥٠ مغ. وذلك في حالات الارق الصباحي (عندما يستيقظ المريض منتصف الليل ويجد صعوبة في الاغفاء مجدداً).

ب ـ المنومات الحديثة (لا تسبب الاعتياد) في حالات الشكوى من صعوبة الإغفاء.

ج ـ Thioridazine بجرعة مسائية تتراوح بين ٥٠ و١٥٠ مغ في حالات الارق الذهاني او شبيه الذهاني حيث يكون الارق مترافقاً مع مظاهر ذهانية او تدهور القوى الادراكية.

٤ ـ معاودة ظهور نوبات المرض السيكوسوماتي

حيث تكون الصدمة مناسبة لمعاودة ظهور نوبات المرض الجسدي او لزيادة حدة هذه النوبات. وفي هذه الحالات يضاف مهدئ بسيط الى العلاجات الطبية المناسبة مع مراقبة انتظام اوقات النوم. وفي بعض هذه الحالات يمكن اللجوء الى الدورة التنويمية بالتنسيق مع الطبيب الداخلي المعالج.

٥ ـ ردود الفعل الفيزيولوجية

تؤدي الصدمة الى ظهور العوارض العصبية - النباتية التي تعتبر ردود فعل طبيعية امام الانفعالات. وهي تزداد بازدياد حدة الانفعالات. ويختلف الباحثون اختلافاً هاماً حول الاسلوب الامثل لعلاج هذه المظاهر. خصوصاً وانها قد تكون مقدمة لاستقرار مرض عضوي او للاعلان عن وجوده.

من جهتنا فاننا نعتمد مبدأ مراقبة الثوابت الفيزيولوجية (ضغط الدم، نبض القلب، قدرة قمع الديكساميتازون... الخ) للاحتياط من احتمالات تعقيد هذه العوارض. وفي حال عدم وجود هذا التعقيد فاننا ننصح بالمزج بين صاد بيتا (بجرعة خفيفة) ومهدئ بسيط (بجرعة مناسبة يتم تحديدها عبر متابعة المريض) ومضاد كآبة من النوع المثبط (بجرع خفيفة).

٦ ـ الوساوس المرضية.

وهي، بحسب تجربتنا، الشكل المزمن الاكثر انتشاراً للصدمة وعلاجها الدوائي شبيه بعلاج ردود الفعل الفيزيولوجية الا ان علاجها النفسي يقتضي التعرف الى هيكلية العصاب (راجع الوساوس المرضية - الفصل الثاني)

ب ـ العلاج النفسي

إذا ما استثنينا الحالات التي تكون فيها الصدمة مناسبة لظهور امراض كامنة (نفسية كانت او جسدية) او لاعادة احياء مثل هذه الامراض فان بامكاننا اعتبار الحالة بمنزلة ازمة تكيف (Adaptation) مع واقع ما بعد الصدمة وذلك سواء على الصعيد الذاتي (التغيرات الجارية في نطاق الذات بسبب الصدمة) او على الصعيد الخارجي (فقدان، خسائر، مشاعر ذنب... الخ). وفي مثل هذه الحالة فان مختلف الطرق العلاجية المعروضة في الفصل السابق هي علاجات فعالة.

ولو نحن راعينا واقع نقص الخبرات العربية في مجال العلاج النفسي فاننا نتفق على استخدام الطريقة التي يتقنها المعالج النفسي المتواجد ضمن الفريق.

وهنا نجد من الضروري ان نلفت النظر الى فعالية نموذج التعامل مع الذات. وهي فعالية اجرائية تجعلنا نقدمه على بقية الاقتراحات المعروضة اعلاه. وذلك لجملة اسباب اهمها:

١ ـ ان واضع النموذج تلقى مبادئ العلاج الواقعي مباشرة من واضع النظرية (وليام جلاسر). وهو تمكن من تطويرها وفق الظروف الواقعية للبيئة العربية نتيجة لتمكنة وتعمقه في النظرية.

٢ ـ ان ملاءمة مع البيئة العربية تسهل التدريب التعليمي للمعالجين العرب. وهي تجعل استيعاب هذا النموذج اسرع وتجعل من تطبيقه اكثر فعالية.

٣ ـ وضع الدكتور الرشيدي ثلاثة كتب مرجعية في هذا المجال. وتوافر هذه الكتب باللغة العربية وبتطبيقات عربية من شأنه ان يشجع على اعتماد النموذج.

٤ ـ امكانية اكتساب خبرة هذا النموذج عبر دورات تدريبية مكثفة بناءً على المعطيات المعروضة اعلاه.

اما عن النموذج الذي نقترحه للعلاج النفسي للصدمة فيمكن استشفافه من اسلوب عرضنا لعصاب الوساوس المرضية حيث ركزنا الاهتمام على التعرف الى دينامية تطور هذا العصاب والى هيكليته العصابية. وهذا العرض يبين اعتمادنا للمنحى التحليلي النفسي حيث نختصر عرض نموذجنا بعرض خطواته العملية وهي التالية:

١ ـ تطبيق اختبار اسقاطي (نفصل اختبار رودولف): وذلك انطلاقاً من مبدأ «ان الموضوعية الحقة تكمن في ادراك الذاتية». والاختبار الاسقاطي وان وصف بالذاتية ـ الاسقاطية للفاحص، يتيح في حال حسن تطبيقه التعرف الى الهيكلية الشخصية للمفحوص.

٢ ـ تصنيف النتائج: ان تكرار استخدام الاختبار الاسقاطي في حالات

متشابهة من شأنه ان يتيح لنا تحديد ما يسمى بـ «الاجوبة المألوفة» وفي الاجوبة التي تتكرر بكثافة لدى المعانين من اضطرابات متشابهة. وهذه الاجوبة المألوفة تسمح لنا باستشفاف هيكلية الاضطراب.

٣ ـ **استراتيجية العلاج:** ونحدد هذه الاستراتيجية بناء على نتائج تطبيق الاختبار الاسقاطي اي اعتماداً على اسقاطات المفحوص التي تعكس لنا موقفه الدفاعي من الحادثة الصدمية ومن العالم الخارجي عموماً.

٤ ـ **الخطوات العلاجية:** ان غلبة المنحى التحليلي على النموذج الذي نقترحه لا تفرض او تستتبع ضرورة استخدام العلاج التحليلي او احدى الطرق المستوحاة منه. فبعد تحديد القناعات الخاطئة التي تعكسها اسقاطات المفحوص يصبح بالإمكان ابدال هذه القناعات باخرى صحيحة وفق اية طريقة من طرق العلاج النفسي المذكورة اعلاه. وفي اعتقادنا انها ذات مردود افضل واسرع من العلاجات التحليلية التي نحتفظ بها للحالات المقاومة للعلاج.

الفهرست

الفصل الرابع

برنامج مقترح لعلاج الاسرى اللبنانيين والعرب

الفصل الخامس

تجارب عربية في علاج الصدمة

هذا الكتاب

يسجل للمؤلف سبق إصداره لأول الكتب العربية الباحثة في موضوع الحروب وضحاياها على المستويات النفسية والسيكوسوماتية. فقد أصدر النابلسي دراسته عن الحرب اللبنانية في العام ١٩٨٥ وهي استخدمت مرجعاً في غالبية الدراسات التي تناولت هذه الحرب.

كما كان للمؤلف السبق في نشر أول الترجمات للبحوث العالمية في المجال ونشرها تحت عنوان - الصدمة النفسية/علم نفس الحروب والكوارث - في العام ١٩٩٢.

أيضاً شارك المؤلف ببحوث في المجال وذلك في عدة مؤتمرات عربية وعالمية.

هذا السبق، متعدد الصعد، يكرس الدكتور محمد أحمد النابلسي كمؤسس لفرع سيكولوجية الحروب والكوارث في الوطن العربي.

ويأتي هذا الكتاب ليتوج أعمال المؤلف في المجال حيث يركز على موضوعين هامين هما رعاية الأسرى ومعاناة الضحايا من الوساوس المرضية ومخاوف الموت التي تنتشر بصورة وبائية في المجتمعات المتعرضة للحروب والكوارث. مما يجعل من هذا الكتاب ضرورة ملحة لكل معالج عامل في هذه المجتمعات.

الناشر